CONGRÈS DES MÉDECINS ALIÉNISTES ET NEUROLOGISTES

DE FRANCE ET DES PAYS DE LANGUE FRANÇAISE

25e SESSION

LUXEMBOURG-METZ, 1er-6 AOUT 1921

COMPTES RENDUS

PUBLIÉS PAR

M. le Docteur FORMAN
DE LUXEMBOURG

M. le Docteur LALANNE
DE MARÉVILLE

Secrétaires généraux du Congrès

MASSON & Cie, ÉDITEURS, 120, BOULEVARD St-GERMAIN, PARIS



CONGRÈS DES MÉDECINS
ALIÉNISTES & NEUROLOGISTES

LUXEMBOURG-METZ, 1er-6 AOUT 1921

CONGRÈS DES MÉDECINS
ALIÉNISTES ET NEUROLOGISTES
DE FRANCE ET DES PAYS DE LANGUE FRANÇAISE

Le Dr LIVET (de Paris), dont on a pu apprécier les talents de dessinateur, a « croqué » quelques Congressistes durant la Session de Luxembourg.

Ces « Têtes » de LIVET — au nombre de 22 — sont réunies sur une feuille unique et sont mises en vente au prix de **3** fr.

S'adresser :

au Dr LALANNE, Médecin de l'Asile de Maréville,
près Nancy.

Compte Chèques postaux : **47.82.**



MASSON & Cie, ÉDITEURS, 120, BOULEVARD St-GERMAIN, PARIS



CONGRÈS DES MÉDECINS
ALIÉNISTES ET NEUROLOGISTES
DE FRANCE ET DES PAYS DE LANGUE FRANÇAISE

25e SESSION

LUXEMBOURG-METZ, 1er-6 AOUT 1921

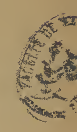
COMPTES RENDUS

PUBLIÉS PAR

M. le Docteur FORMAN
DE LUXEMBOURG

M. le Docteur LALANNE
DE MARÉVILLE

Secrétaires généraux du Congrès



MASSON & Cie, ÉDITEURS, 120, BOULEVARD St-GERMAIN, PARIS



CONGRÈS DE LUXEMBOURG-METZ — 1921

RÈGLEMENT

DU

CONGRÈS DES MÉDECINS ALIÉNISTES & NEUROLOGISTES

DE FRANCE ET DES PAYS DE LANGUE FRANÇAISE

BUT, SIÈGE ET COMPOSITION DU CONGRÈS

Un Congrès de médecins aliénistes et neurologistes se réunit chaque année dans une ville de France ou d'un pays de langue française.

Le but de ce Congrès est l'étude et la discussion de questions concernant la psychiatrie, la neurologie, la médecine légale et l'assistance des aliénés.

Dans les séances de ce Congrès, l'emploi de la langue française est obligatoire.

La durée des travaux est, au minimum, de quatre jours qui, autant que possible, sont consécutifs. Deux séances ont lieu chaque jour, une le matin, l'autre l'après-midi.

En outre, des visites sont faites aux asiles d'aliénés et aux établissements pouvant intéresser les psychiatres et les neurologistes. Des excursions peuvent être aussi organisées.

Le Congrès comporte des membres adhérents et des membres associés.

Les membres adhérents doivent être médecins, français ou étrangers. Ils paient une cotisation de 30 fr. pour chaque session. Ils ont le droit de présenter des travaux et de prendre part aux discussions. Ils reçoivent un exemplaire des rapports et des comptes rendus de la session.

Les délégués des administrations publiques françaises jouissent des avantages réservés aux membres adhérents, mais ne paient pas de cotisation.

Les asiles d'aliénés peuvent adhérer au Congrès aux mêmes conditions que les membres adhérents et, dans ce cas, reçoivent un exemplaire des rapports et des comptes rendus de la session.

Les membres associés se composent des personnes de la famille des membres adhérents, présentées par ces derniers. Ils paient une cotisation de 15 fr. pour chaque session. Ils ne prennent pas part aux travaux du Congrès, mais peuvent bénéficier des avantages accordés pour les voyages ou excursions.

Chaque session comporte :

Un président, qui était le vice-président de la session précédente ;

Un vice-président, qui deviendra de droit président de la session suivante ;

Un secrétaire général et un secrétaire général adjoint, si l'assemblée générale en décide ainsi.

Le président et le secrétaire général sont chargés de l'organisation de la session. Ils peuvent s'adjoindre un comité d'organisation local.

Les projets d'organisation d'une session doivent être soumis à l'approbation du Comité permanent du Congrès.

Le secrétaire général a pleins pouvoirs pour toucher les subventions allouées au Congrès et pour donner quittance. (Décision de l'Assemblée générale tenue au Puy le samedi 2 août 1913.)

COMITÉ PERMANENT

Le fonctionnement des sessions successives du Congrès est assuré par un Comité permanent. (Décision de l'Assemblée générale, session de Lille, 1906.)

Ce Comité permanent se compose de neuf membres, savoir :

Le président de la session ;

Le vice-président de la session (lequel est appelé de droit à la présidence du Congrès l'année suivante) ;

Six membres élus par l'Assemblée générale, renouvelables par tiers tous les deux ans, et non immédiatement rééligibles ;

Un secrétaire-trésorier permanent.

Le Comité permanent se réunit chaque fois qu'il est nécessaire, au moins deux fois par an.

Une réunion a lieu à Paris, au mois d'avril, dans laquelle le secrétaire permanent soumet au Comité permanent le projet du programme de la prochaine session, projet élaboré après entente avec le président et le secrétaire général de la prochaine session, assistés, s'il y a lieu, d'un Comité d'organisation local.

Ce projet une fois approuvé par le Comité permanent, le président et le secrétaire général de la session procèdent à son organisation.

En cas de modifications à ce projet, le secrétaire général informe le secrétaire permanent qui provoque, s'il y a lieu, une réunion du Comité permanent.

Une seconde réunion du Comité permanent a lieu au début des travaux du Congrès.

Dans cette réunion, le Comité permanent, sous la présidence du président de la session actuelle, est assisté par :

Le vice-président et le secrétaire général de la session ;

Les présidents et secrétaires généraux des sessions antérieures.

Le secrétaire permanent, ayant recueilli pendant l'année les propositions qui lui sont faites concernant les sujets des rapports, le siège des sessions ultérieures, etc., en donne communication dans cette réunion dont les membres choisissent parmi les différentes propositions celles qui seront soumises aux votes de l'Assemblée générale du Congrès.

ASSEMBLÉE GÉNÉRALE

L'Assemblée générale du Congrès se réunit pendant les travaux de la session.

Elle se compose de tous les membres adhérents et est présidée par le président de la session, assisté du secrétaire général de la session et des membres du Comité permanent.

Le secrétaire général de la session précédente soumet à l'approbation de l'Assemblée le compte rendu financier de sa gestion.

Le président soumet aux votes de l'Assemblée générale les propositions concernant :

1° Le siège de la prochaine session ;

2° Le vice-président de la prochaine session, lequel deviendra de droit président deux ans plus tard ;

3° Le secrétaire général de la prochaine session ;

4° Les questions qui feront l'objet de rapports à la prochaine session et les noms des rapporteurs proposés.

Tous les deux ans (années paires), l'Assemblée générale est appelée à élire deux membres du Comité permanent en remplacement des deux membres les plus anciennement élus au Comité permanent.

Il est dressé un procès-verbal signé par le président et le secrétaire général de la session.

Ces élections du vice-président de la prochaine session et celles des membres du Comité permanent se font au scrutin secret, à la majorité absolue.

OUVERTURE DU CONGRÈS. — SÉANCE SOLENNELLE D'OUVERTURE. CONSTITUTION DU BUREAU

L'ouverture du Congrès a lieu le matin du premier jour de la session, par une séance solennelle d'inauguration, sous la présidence des autorités locales, préalablement invitées par le président de la session.

Après les allocutions des personnalités officielles, le président du Congrès prononce un discours d'ouverture.

La première séance des travaux du Congrès se tient l'après-midi du premier jour.

La présidence et la vice-présidence des séances sont assurées par le président et le vice-président de la session actuelle.

Ces derniers, assistés du secrétaire général, constituent le bureau du Congrès, en désignant des présidents d'honneur choisis parmi les notabilités régionales, et, s'il y a lieu, des présidents de séances choisis parmi certains membres adhérents présents au Congrès. Les uns et les autres peuvent être en nombre indéterminé.

Le bureau ainsi constitué a la direction des travaux du Congrès.

Le président ou le vice-président peuvent se faire remplacer pendant les séances par les divers présidents d'honneur.

Le bureau fixe et modifie, s'il y a lieu, l'ordre du jour des séances qui peuvent être dédoublées; il veille à l'application du règlement et prend pendant la durée du Congrès telles décisions nécessitées par les circonstances.

Il est procédé aussi à la désignation de secrétaires des séances. Ceux-ci, sous la direction du secrétaire général et du secrétaire permanent, sont chargés de centraliser les documents nécessaires à la publication des comptes rendus des travaux de la session ; ils prennent note de la succession des orateurs, rédigent un résumé des communications ou discussions, recueillent et ordonnent les manuscrits, secondent le secrétaire général dans ses différentes fonctions pendant la durée du Congrès.

RAPPORTS

Chaque année, le Congrès désigne trois questions devant faire l'objet de rapports à la session suivante :

1° Une question de psychiatrie ;

2° Une question de neurologie ;

3° Une question de médecine légale ou d'assistance des aliénés, alternativement.

Pour chaque question, le Congrès désigne un rapporteur.

Exceptionnellement, il peut être désigné deux rapporteurs pour la même question.

Les manuscrits des rapports doivent être remis au Secrétaire général, deux mois et demi au moins avant l'ouverture du Congrès.

Les rapports consistent en un simple programme de discussion, avec conclusions, dont la longueur ne doit pas dépasser seize pages d'impression, condition absolue. Les figures ou planches sont à la charge des auteurs, sauf autorisation préalable du secrétaire général, d'accord avec le secrétaire permanent.

Chaque rapporteur fait un résumé oral de son rapport à la séance fixée par le programme du Congrès.

La durée de ce résumé oral ne doit pas dépasser vingt minutes.

Le résumé oral de chaque rapporteur est suivi d'une discussion.

Les membres du Congrès qui doivent prendre part à cette discussion doivent s'inscrire à l'avance au bureau du Congrès.

La parole leur est donnée d'après l'ordre des inscriptions.

La durée de la discussion, pour chaque auteur qui y prend part, ne doit pas excéder cinq minutes. Toutefois, il pourra être accordé dix minutes pour la discussion aux auteurs inscrits avant l'ouverture du Congrès.

Chaque membre du Congrès qui prend part à la discussion doit remettre au secrétaire général, avant la fin du Congrès, le texte résumé destiné à figurer dans le volume des comptes rendus. Ce texte ne doit pas dépasser une page d'impression.

Lorsque la discussion est terminée, le rapporteur, s'il le désire, répond successivement à chacun des orateurs.

COMMUNICATIONS ET DISCUSSIONS

Les membres adhérents du Congrès peuvent faire des communications orales sur des sujets concernant la psychiatrie, la neurologie, la médecine légale ou l'assistance des aliénés. Le nombre de ces communications est limité à trois pour chaque membre adhérent, la troisième ne pouvant être faite que lorsque la liste des autres communications sera épuisée.

La durée de l'exposé de chaque communication ne doit pas dépasser dix minutes. Il n'est accordé que cinq minutes pour les discussions.

Les titres des communications doivent être adressés au secrétaire général, quinze jours au moins avant l'ouverture du Congrès.

Les communications sont faites dans l'ordre où leurs titres ont été adressés au secrétaire général. Toutefois, dans l'intérêt de la discussion, le secrétaire général peut grouper dans une même séance les communications relatives à des sujets similaires.

La liste des communications qui doivent être faites dans une séance peut être imprimée à l'avance et distribuée aux congressistes au début de

cette séance. C'est seulement quand cette liste est épuisée, et si le temps le permet, que la parole peut être donnée à d'autres orateurs pour des communications non inscrites au programme de la séance.

Lorsque les communications doivent être accompagnées de présentations, de pièces, de coupes, d'appareils, etc., ou de projections, l'auteur doit en informer à l'avance le secrétaire général qui prend, s'il est possible, des dispositions en conséquence.

Des résumés des communications doivent être adressés au secrétaire général au plus tard quinze jours avant l'ouverturc du Congrès. S'il est possible, ces résumés sont imprimés sur feuillets détachés et distribués aux membres du Congrès dans la séance où ont lieu les communications. Ces résumés ne doivent pas dépasser unc page d'impression, titre compris (format du volume des comptes rendus du Congrès), tirage établi d'après le nombre des membres adhérents.

Les résumés des communications qui n'ont pas été adressés à l'avance au secrétaire général (15 jours au moins avant l'ouverture du Congrès) doivent lui être remis avant la fin de la séance où ont lieu ces communications.

Le texte *in extenso* des communications doit être adressé par les auteurs au secrétairc général au plus tard deux mois et demi après la session. Passé ce délai, les autcurs s'exposent à ce qu'il ne soit publié dans le volume des comptes rendus qu'un résumé de leurs communications.

Les communications *in extenso* ne doivent pas dépasser deux pages d'impression. Il n'est accordé qu'une page pour les discussions.

Les figures ou planches sont aux frais des auteurs.

Les communications dont ni un résumé, ni un texte *in extenso* n'auront été remis par l'auteur au sccrétaire général à la date prescrite ne seront pas publiées dans le volume des comptes rendus. Toutefois, dans ce cas, le secrétaire général peut, s'il le juge utile, publier dans le volume des comptes rendus un résumé recueilli par lui-même ou par les secrétaires des séances.

Les dispositions précédentes sont également applicables aux discussions soulevées par les rapports ou les communications diverses.

Dans la publication des travaux du Congrès, le secrétaire général peut être appelé à demander aux auteurs certaines modifications ou suppressions dans le texte de leurs communications ou discussions. Seules, les communications faites oralement par leurs auteurs peuvent figurer dans le volume des comptes rendus de la session.

En cas de difficulté, le secrétaire général avise le secrétaire permanent qui provoque, s'il y a lieu, unc décision du Comité permanent.

COMPTE RENDU FINANCIER DE LA XXIV[e] SESSION

tenue à Strasbourg, du 1[er] au 7 Août 1920

RECETTES

Cotisations :

	1914 (pour le 1er Congrès de Luxembourg)		
	194 membres adhérents à 20 fr.	3.880	
	37 membres associés à 10 fr.	370	
		4.250	4.250
	1920 (pour le Congrès de Strasbourg)		
208 membres adhérents	93 nouveaux à 30 fr.	2.790	
	115 anciens à 10 fr. . . . . (supplément)	1.150	
		3.940	3.940
75 membres associés	64 nouveaux à 15 fr.	960	
	11 anciens à 5 fr. . . . . (supplément)	55	
		1.015	1.015
			9.205
	Intérêts.		320
	TOTAL. . .		9.525

DÉPENSES

Impression des rapports et divers en 1914 . . .	2.674
Dépenses à Strasbourg.	1.878 25
Comptes rendus.	3.800
Frais généraux.	980 60
	9.332 85

BALANCE

Recettes	9 525
Dépenses.	9.332 85
	192 15

LE CONGRÈS DE LUXEMBOURG-METZ

Du 1er au 6 Août 1921

Comité d'honneur du Congrès de Luxembourg

La XXVe Session du Congrès des Médecins Aliénistes et Neurologistes de France et des Pays de la langue française s'est tenue à Luxembourg, du 1er au 6 août 1921,

SOUS LE HAUT PATRONAGE DE

Son Altesse Royale Madame la Grande-Duchesse de Luxembourg et de Son Altesse Royale le Prince Félix de Luxembourg.

COMITÉ D'HONNEUR :

M. MOLLARD
Ministre de France

M. ALTWIES
Président de la Chambre des Députés

M. LEJEUNE
Ministre de Belgique

M. REUTER
Ministre d'État

et MM.

COMTE D'ANSEMBOURG
Chargé d'Affaires à Bruxelles ;

ARENDT
Président de la Cour supérieure ;

DE COLNET D'HUART
Maréchal de la Cour ;

DIDERICH
Bourgmestre de Luxembourg ;

DOCTEUR FLESCH
Président du Collège médical;

GLAESNER
Procureur Général d'État ;

KAUFFMAN
Président des Assurances sociales ;

LECLÈRE
Chargé d'affaires p. i. à Paris ;

LEFORT
Chargé d'affaires à Berne ;

LEIDENBACH
Directeur Général de la Justice ;

NEYENS
Directeur Général des Finances et du Service Sanitaire ;

Mgr. NOMMESCH
Évêque de Luxembourg ;

DOCTEUR PRAUM
Directeur du Laboratoire bactériologique ;

THORN
Président du Conseil d'État ;

DOCTEUR WEBER
Président de la Société des Sciences médicales.

PRÉSIDENTS D'HONNEUR :

DOCTEUR FLESCH
Président du Collège médical de Luxembourg;

DOCTEUR WEBER
Président de la Société des Sciences médicales de Luxembourg;

DOCTEUR PRAUM
Directeur du Laboratoire bactériologique de Luxembourg;

DOCTEUR DUCHATEAU
President de la Société de Médecine mentale de Belgique;

DOCTEUR DE CRAENE
Président de la Société Belge de Neurologie;

DOCTEUR BING
Président de la Société Suisse de Neurologie;

DOCTEUR HASKOVEC
de Prague;

DOCTEUR BRIAND
Médecin en chef du Service de l'Admission à l'Asile-Clinique;

DOCTEUR CULLERRE
Ancien Président du Congrès;

DOCTEUR DENY
Ancien Président du Congrès;

DOCTEUR KLIPPEL
Ancien Président du Congrès;

DOCTEUR VALLON
Ancien Président du Congrès.

Bureau du Congrès

Présidents : M. le docteur L. BUFFET, médecin-directeur de l'Asile d'aliénés d'Ettelbrück (Grand-Duché de Luxembourg).

M. le docteur Henry MEIGE (de Paris), secrétaire général de la Société de Neurologie.

Vice-président : M. le professeur Jean LÉPINE, doyen de la Faculté de Médecine de Lyon.

Secrétaires généraux : M. le docteur J. FORMAN, de Luxembourg;

M. le docteur LALANNE, médecin-chef de l'Asile de Maréville (Nancy).

Secrétaires des séances : M. le docteur ALLAMAGNY, médecin-directeur adjoint de la Maison de Santé de Passy (Paris);

M. le docteur BROUSSEAU, chef de clinique adjoint à la Faculté de Médecine de Paris, médecin des Asiles publics d'aliénés;

M. le docteur Louis PARANT, interne des Asiles de la Seine;

M. le docteur WELTER, médecin de l'Asile d'Ettelbrück.

Délégués au Congrès

Ministère de l'Assistance, de l'Hygiène et de la Prévoyance sociales : M. l'inspecteur général RONDEL.

Ministère de la Guerre : M. le médecin principal de 1re classe CHAVIGNY, professeur à la Faculté de Médecine de Strasbourg.

Ministère de la Marine : M. le médecin de 1re classe DELAHET, chef du Service de Neuro-psychiatrie à l'Hôpital Maritime de Toulon.

Conseil Général de la Seine : Docteur CALMELS, conseiller général de la Seine.

Préfecture de la Seine : Docteur DUPAIN, médecin en chef de l'Asile de Vaucluse (Seine).

Société Clinique de Médecine mentale : MM. TRUELLE, président; FILLASSIER, secrétaire annuel; DUPAIN, trésorier.

Société Médico-psychologique : MM. PACTET, président; COLIN, secrétaire général; BRIAND, DUPRÉ, LEGRAIN et SEMELAIGNE.

Société de Médecine légale : M. ANTHEAUME.

Société de Neurologie de Paris : MM. CLAUDE, président; SICARD, vice-président; DE MASSARY, THOMAS, HALLION et CROUZON.

Société de Psychiatrie de Paris : MM. KLIPPEL, président; LAIGNEL-LAVASTINE, secrétaire général; ARNAUD, DENY et HARTENBERG.

Commission de Surveillance des Asiles de la Seine : Docteur ANTHEAUME.

Belgique : Ministère de la Justice : Docteur GLORIEUX, inspecteur général des asiles et colonies d'aliénés du royaume; MM. HEGER-GILBERT et VERVAECK.

Société de Médecine mentale de Belgique : MM. GLORIEUX, MAERE et HŒDEMAECKERS.

Société belge de Neurologie : MM. Ernest DE CRAENE, président; F. SANO, vice-président; J. CROCQ, secrétaire général.

Suisse : Société suisse de Neurologie : MM. Robert BING, président; Louis SCHNYDER, vice-président.

Société suisse de Psychiatrie : Docteur STECK.

Tchéco-Slovaquie : Docteur L. HASKOVEC, de Prague.

LISTE DES MEMBRES DU CONGRÈS

MEMBRES ADHÉRENTS

Dr **Abadie**, Professeur de Clinique des Maladies mentales à la Faculté de Médecine, Médecin des Hôpitaux, 3, rue des Trois-Conils, Bordeaux.

Dr **Adam** (Frantz), Médecin en chef de l'Asile de Rouffach (Haut-Rhin).

Dr **Allamagny** (P.), Médecin-Directeur adjoint de la Maison de Santé de Passy, 17, rue Berton, Paris (16e).

Dr **Ameline** (Marius), Directeur de la Colonie familiale, à Ainay-le-Château (Allier).

Dr **Anglade** (D.), Médecin en chef de l'Asile d'aliénés de Château-Picon, près Bordeaux (Gironde).

Dr **Antheaume** (André), Médecin-Directeur du Sanatorium de La Malmaison, à Rueil, près Paris; à Paris, 6, rue Scheffer (16e).

Dr **Antony** (Florant), à Rumelange (Grand-Duché de Luxembourg).

Dr **Arnaud** (F.-L.), Médecin-Directeur de la Maison de Santé de Vanves (Seine), 2, rue Falret.

Dr **Arsimoles**, Médecin-Directeur de l'Asile de Sarreguemines (Moselle).

Dr **Astros** (d'), 18, boulevard du Musée, Marseille.

Dr **Aubry** (Edmond), Médecin en chef de l'Asile de Maréville, prés Nancy.
Dr **Aubry** (J.), 5, rue Brochant, Paris.
Dr **Audemard** (E.), Médecin des Asiles, Inspecteur des Maisons de Santé, 243, avenue de Saxe (Lyon).

Dr **Barbier,** Médecin-Chef de l'Union générale des Anciens Sous-Officiers de l'Armée française, 34, rue de Vaugirard, Paris (6e).
Dr **Barré,** Professeur de Neurologie à la Faculté de Médecine, 36, rue de la Forêt-Noire, Strasbourg.
Dr **Baruk** (Jacques), Médecin-Directeur de l'Asile d'aliénés de Sainte-Gemmes, près Angers (Maine-et-Loire).
Dr **Benon** (Raoul), Médecin des Asiles, 16, rue Bonne-Garde, Nantes (Loire-Inf.).
Dr **Bérillon,** Directeur de la *Psychologie appliquée,* 4, rue de Castellane, Paris (8e).
Dr **Béhague,** 9, rue Édouard-Manet, Paris (13e).
Dr **Bidiot** (F.), Médecin en chef de l'Asile des Aliénés de Volière, Liége (Belgique).
Dr **Bienfait,** Médecin de l'Asile Sainte-Agathe, 60, boul. d'Avroy, Liége (Belgique).
Dr **Billet** (J.), Directeur de la Maison de Santé Rech (Pont-Saint-Côme), Montpellier.
Dr **Bing** (Robert), Professeur à l'Université de Bâle, Président de la Société suisse de Neurologie, 1, Wallstrasse, Bâle (Suisse).
Dr **Biwer** (J.), à Steinfort (Grand-Duché de Luxembourg).
Dr **Blondel** (Charles), Professeur à la Faculté des Lettres, 7, quai des Pêcheurs, Strasbourg.
Dr **Boisseau,** 39, boulevard Victor-Hugo, Nice (Alpes-Maritimes).
Dr **Borel,** Directeur de l'Hospice de Perreux (Boudry), canton de Neuchâtel (Suisse).
Dr **Bour** (Louis), Médecin-Directeur du Sanatorium de La Malmaison, à Rueil (Seine-et-Oise).
Dr **Bourguignon** (Georges), Chef du Laboratoire d'Électro-Radiothérapie à la Salpêtrière, 15, rue Royer-Collard, Paris (5e).
Dr **Bourilhet,** Médecin de l'Asile d'aliénés de Sainte-Catherine-d'Yzeure, près Moulins (Allier).
Dr **Briand** (Marcel), Médecin en chef de l'Asile Clinique Sainte-Anne, 1, rue Cabanis, Paris; 67, boulevard des Invalides (7e).
Dr **Brissot,** Médecin-Directeur de l'Asile d'aliénés de Rouffach (Haut-Rhin).
Dr **Brousseau** (A.), Chef de Clinique adjoint à la Faculté, Assistant à l'Asile Sainte-Anne, 1, rue Cabanis, Paris; 87, route de Châtillon, à Montrouge (Seine).
Dr **Buffet** (Lucien), Directeur de l'Asile d'aliénés d'Ettelbrück (Grand-Duché de Luxembourg).

Dr **Calmels,** Conseiller général de la Seine, 22, avenue des Gobelins, Paris (5e).
Dr **Camus** (Paul), Médecin de la Salpêtrière, 54, quai Bourbon, Paris (4e).
Dr **Capgras,** Médecin en chef des Asiles de la Seine, à Maison-Blanche, par Neuilly-s/-Marne (Seine-et-Oise).
Dr **Cerf** (L.), 3, rue Mamer, Luxembourg.
Dr **Charon** (René), Médecin-Directeur de l'Asile d'aliénés de Dury-les-Amiens (Somme).
M. **Charpentier** (Clément), Avocat à la Cour, Secrétaire de la Société des Prisons, 20, rue Ernest-Cresson, Paris (14e).
Dr **Charpentier** (René), Médecin-Directeur de la Maison d'Hydrothérapie et de Convalescence du Parc de Neuilly, 6, boulevard du Château, à Neuilly-s/-Seine (Seine).
Dr **Chavigny,** Professeur de Médecine légale à la Faculté de Médecine de Strasbourg.
Dr **Chiray** (Maurice), Professeur agrégé, Médecin des Hôpitaux, 14, rue Pétrarque, Passy, Paris (16e).

Dr **Claude** (Henri), Professeur agrégé, Médecin des Hôpitaux, 89, boulevard Malesherbes, Paris (8e).

Dr **Codrons**, avenue Amélie, Luxembourg.

Dr **Colin** (Henri), Médecin en chef des Asiles de la Seine, 26, rue Vauquelin, Paris (5e).

Dr **Collet** (Georges), Clinique médicale de Fontenay-sous-Bois (Seine), 6, avenue des Marronniers.

Dr **Combemale** (Pierre), Chef de Clinique et Médecin adjoint à la Clinique départementale d'Esquermes, à Lille (Nord).

Dr **Cornil**, 21, rue de l'École-de-Médecine, Paris.

Dr **Cornu**, Médecin-Chef de l'Asile de Bassens (Savoie).

Dr **Coulonjou** (Eugène), Médecin en chef du Service des Aliénés, Hôpital Saint-Jacques, à Nantes.

Dr **Courbon** (Paul), Médecin en chef de l'Asile d'aliénés de Stephansfeld (Bas-Rhin).

Dr **Courjon** (Jean), Directeur de l'Établissement médical de Meyzieu (Isère).

Dr **Crocq** (Jean), Médecin en chef de la Maison de Santé d'Uccle, 62, rue Joseph-II, Bruxelles.

Dr **Crouzon** (Louis-Edouard-Octave), Médecin des Hôpitaux, 70 *bis*, avenue d'Iéna, Paris (16e).

Dr **Cullerre** (Alexandre), Médecin honoraire des Asiles d'aliénés, 14, rue de Bouillé, à Nantes (Loire-Inférieure).

Dr **Daday**, Directeur-Médecin de l'Asile d'aliénés de Navarre, près Évreux (Eure).

Dr **Dantlo**, de la Clinique psychiatrique de Strasbourg.

Dr **Decker**, de Luxembourg.

Dr **De Craene** (Ernest), Agrégé à l'Université, Président de la Société belge de Neurologie, 4, rue Watteau, Bruxelles.

Dr **Delahaye** (Joseph), Médecin de la Cour, à Luxembourg.

Dr **Delahet**, Médecin de 1re classe de la Marine, Chef du Service de Neuro-Psychiatrie, Hôpital Saint-Mandrier, Toulon.

Dr **Delfosse**, 535, avenue Brugmann, Uccle-Bruxelles (Belgique).

Dr **Delmas** (Achille), Directeur de la Maison de Santé Esquirol, 23, rue de la Mairie, Ivry-s/-Seine (Seine).

Dr **Delpierre** (Nicolas), Établissement de cure La-Hyette, à Obain (Belgique).

Dr **Deny** (Gaston), 18, rue de la Pépinière, Paris (8e).

Dr **Desruelles**, Médecin de l'Asile de Saint-Ylie (Jura).

Dr **Dezwarte** (Émile), Médecin en chef de l'Asile d'aliénés de Niort (Deux-Sèvres).

Dr **D'Hollander** (Fernand), Professeur à l'Université de Louvain, 80, rue Vital-de-Costez.

Dr **Dieschbourg** (Joseph), à Wiltz (Grand-Duché de Luxembourg).

Dr **Dubois**, Médecin en chef de l'Asile d'aliénés de Clermont-Ferrand (P.-de-D.).

Dr **Dubourdieu**, Directeur-Médecin de l'Asile d'aliénés de Breuty-la-Couronne (Charente).

Dr **Du Château**, Président de la Société de Médecine mentale de Belgique.

Dr **Ducos**, Médecin en chef de l'Asile d'aliénés de Cadillac (Gironde).

Dr **Dumolard** (Léon), Médecin des Hôpitaux, 64, rue d'Isly, Alger.

Dr **Dupain**, Médecin en chef de l'Asile d'aliénés de Vaucluse, par Épinay-sur-Orge (Seine-et-Oise).

Dr **Dupin** (Pierre), Médecin en chef de l'Asile d'aliénés de Privas (Ardèche).

Dr **Dupouy** (Roger), Médecin-Directeur de la Maison de Santé de Fontenay-sous-Bois (Seine).

Dr **Dupré** (Ernest), Professeur de Clinique des Maladies mentales à la Faculté de Médecine, 18, rue de la Condamine, Paris (17e).

Dr **Ecker** (J.-P.), à Bissen (Grand-Duché de Luxembourg).
Dr **Eicher,** à Trois-Vierges (Grand-Duché de Luxembourg).
Dr **Ensch** (Antoine), Administrateur des Établissements pénitentiaires, à Luxembourg (Grand-Duché de Luxembourg).
Dr **Ensch,** de Bruxelles.
Dr **Étienne** (Georges), Professeur de Clinique médicale à la Faculté de Médecine de Nancy, 32, faubourg Saint-Jean, Nancy.
Dr **Euzière** (Jules), Professeur à la Faculté de Médecine, 12, rue Marceau, Montpellier.

Dr **Faber** (Jean), à Eich-lez-Luxembourg.
Dr **Famenne** (Paul), Médecin du Mémabile, à Florenville (Belgique).
Dr **Farez,** 3, rue de la Boétie, Paris (8e).
Dr **Fassou,** Asile de Bégard (Côtes-du-Nord).
Dr **Fettes,** de Luxembourg.
Dr **Fiertz** (Charles), Médecin assistant à l'Asile d'aliénés de Münsterlingen (Thurgovie) (Suisse).
Dr **Fillassier,** Médecin-Directeur de la Maison de Santé du Château de Suresnes, 10, quai Galliéni, Suresnes (Seine).
Dr **Flournoy,** 25, rue de Florissand, Genève (Suisse).
Dr **Forman** (Joseph), 1, rue Aldringer, Luxembourg.
Dr **Fricker,** Médecin Major, Médecin-Chef de la Place de Luxembourg.

Dr **Gassiot** (Georges), Asile de Saint-Yon, près Rouen.
Dr **Gelma** (Eugène), 16, rue Appfel, Strasbourg.
Dr **Génil-Perrin,** 99, avenue de la Bourdonnais, Paris (7e).
Dr **Giver** (Eugène), à Luxembourg.
Dr **Glorieux,** Inspecteur des Asiles et Colonies d'aliénés, 215, avenue de Tervuren, Bruxelles.
Dr **Gommès,** 5, rue Parrot, Paris (12e).
Dr **Gouriou,** Asile-Clinique Sainte-Anne, 1, rue Cabanis, Paris.

Dr **Halberstadt,** Médecin-Directeur de l'Asile d'aliénés de Saint-Venant (P.-de-C.).
Dr **Hallez** (G.-L.), Chef de Clinique à la Faculté de Paris.
Dr **Hallion,** Professeur suppléant au Collège de France, 54, rue du Faubourg-Saint-Honoré, Paris (8e).
Dr **Hamel** (Jacques), Médecin de l'Asile de Maréville, près Nancy.
Dr **Hansen,** Médecin Chef de service à l'asile d'aliénés d'Ettelbrück (Grand-Duché de Luxembourg).
Dr **Hartenberg** (P.), 64, rue Monceau, Paris (8e).
Dr **Haskovec,** de Prague.
Dr **Heger** (Gilbert), Professeur à l'Université de Bruxelles; Uccle, 82, rue Joseph-Beus.
Mlle **Henry** (Marthe), Étudiante en Médecine, 6, rue Wurtz, Paris (13e).
Dr **Hesnard,** Médecin de 1re classe de la Marine, Professeur à l'École de Médecine navale, Bordeaux.
Dr **Hippolyte,** 11, rue des Michottes, Nancy.
Dr **Hœdemakers** (W.), Assistant à l'Asile-Dépôt, 106, avenue Ducpétiaux, Bruxelles.

Dr **Israël** (Charles), de Luxembourg.

Dr **Jacquin** (Georges), Médecin-Chef de l'Asile Sainte-Madeleine, à Bourg (Ain).
Dr **Jelliffe,** New-York.

Dr **Klees** (Victor), 12, avenue de la Porte-Neuve (Luxembourg).
Dr **Klippel** (Maurice), Médecin des Hôpitaux, 63, boulev. des Invalides, Paris (7e).
Dr **Knaff-Faber** (Edmond), 28, boulevard de la Foire, Luxembourg.
Dr **Knebgen** (Constant), 3, rue de l'Athénée, Luxembourg.

Dr **Ladame** (Charles), Privat-Docent à l'Université, Médecin adjoint de l'Asile de Rosegg, Soleure (Suisse).
Dr **Lagrange** (E.), Médecin en chef de l'Asile d'aliénés de Poitiers (Vienne).
Dr **Lagriffe,** Médecin-Directeur de l'Asile d'aliénés de Quimper (Finistère).
Dr **Laignel-Lavastine,** Professeur agrégé, Médecin des Hôpitaux, 12 *bis,* place de Laborde, Paris (8e).
Dr **Lalanne** (R.), Médecin en chef de l'Asile de Maréville, près Nancy.
Dr **Lallemand,** Médecin honoraire des Asiles d'aliénés, Mesnilvilles, par Saint-Clair-sur-Elle (Manche).
Dr **Lamare** (Auguste), 28 *bis*, rue Richelieu, Paris.
Dr **Lamborelle,** à Redange (Grand-Duché de Luxembourg).
Dr **Landau,** Professeur à l'Université, 18, rue de la Jungfrau, Berne (Suisse).
Dr **Lefèvre** (E.), 53, avenue des Ternes, Paris.
Dr **Legrain,** Médecin-Chef de l'Asile d'aliénés de Villejuif (Seine).
Dr **Lépine** (Jean), Doyen de la Faculté de Médecine de Lyon, 1, place Gailleton.
Dr **Lerat** (Georges), 59, rue Saint-Jacques, à Nantes.
Dr **Le Savoureux,** La Vallée-aux-Loups, à Châtenay (Seine).
Dr **Levet,** Directeur-Médecin de l'Asile de La Charité-s/-Loire (Nièvre).
Dr **Ley** (Auguste), Professeur de Psychiatrie à l'Université, Chef du Service des Maladies mentales à l'Hôpital Saint-Jean, 9, avenue Fond-Roy, Uccle-Bruxelles.
Dr **Livet** (Louis), Institut de Physiothérapie Beni-Barde, 63, rue de Miromesnil, Paris (8e).
Dr **Lobligeois** (Félix), Ex-Interne pr. des Asiles de la Seine, 41, rue d'Amsterdam, Paris (8e).
Dr **Logre** (Benjamin-Joseph), 27, rue du Château, à Neuilly-s/-Seine (Seine).
Dr **Long,** Professeur à l'Université de Genève, 15, boulevard Helvétique.
Mme **Long-Landry,** Ancien Chef de Clinique adjoint à la Faculté de Paris. 15, boulevard Helvétique, Genève.
Dr **Lortat-Jacob** (L.), Médecin des Hôpitaux, 11, avenue Carnot, Paris (17e).
Dr **Loutsch,** Médecin-Directeur des Établissements d'Assurances sociales, avenue Guillaume, à Luxembourg.

Dr **Maere,** Médecin en chef de l'Asile Le Strop, 18, place du Marais, à Gand (Belgique).
Dr **Mahon** (André), Directeur de l'Asile d'aliénés de Mont-de-Marsan (Landes).
Dr **Manet,** de Sedan (Ardennes).
Dr **Massary** (E. de), Médecin des Hôpitaux, 59, rue de Miromesnil, Paris (8e).
Dr **Massaut,** Directeur de la Colonie de Lierneux (Belgique).
Dr **Maupâté** (Léon), Médecin-Directeur de l'Asile d'aliénés de Fains-les-Sources (Meuse).
Dr **Meeus** (François), Médecin en chef de l'Asile de Mortsel-lez-Anvers, Ancien Médecin-Directeur de la Colonie d'aliénés de Gheel, Directeur du Laboratoire d'Anthropologie criminelle à la prison d'Anvers (Belgique).
Dr **Meige** (Henri), Secrétaire général de la Société de Neurologie, 35, rue de Grenelle, Paris.
Dr **Mercier,** Médecin en chef de l'Asile d'aliénés de Pierrefeu (Var).
Dr **Meuriot** (Henri), Directeur de la Maison de Santé de Passy, 17, rue Berton, Paris (16e).

Dr **Mézie,** Médecin en chef de l'Asile d'aliénés de Lorquin (Moselle).
Dr **Mignard,** Médecin des Asiles de la Seine.
Dr **Mirallié** (Ch.), 11, rue Copernic, à Nantes.
Dr **Molin de Teyssieu,** 14, rue Blanc-Dutrouilh, Bordeaux.
Dr **Monestier,** Directeur-Médecin de l'Asile d'aliénés Saint-Luc, à Pau (B.-P.).

Dr **Namur** (M.), Médecin oculiste, à Luxembourg.

Dr **Ollivier,** Médecin en chef de l'Asile d'aliénés de Lehon, près Dinan (C.-du-N.).

Dr **Page** (Maurice), Médecin-Directeur de la Maison d· Santé de Bellevue (Seine-et-Oise); 19, rue des Potagers.
Dr **Pailhas** (B.), Médecin en chef de la Maison de Santé du Bon-Sauveur, à Albi (Tarn).
Dr **Pamard** (Louis), 47, rue des Mathurins, Paris (8e).
Dr **Papadaki,** villa Sismondi, Chêne-Bougerie, Genève (Suisse).
Dr **Parant** (Louis), Interne des Asiles de laSeine, Asile-Clinique Sainte-Anne, 1, rue Cabanis, Paris.
Dr **Parant** (Victor), Médecin-Directeur de la Maison de Santé de Saint-Cyprien, 17, allées de Garonne, à Toulouse (Haute-Garonne).
Dr **Pâris** (Alexandre), Médecin en chef de l'Asile de Maréville, près Nancy.
Dr **Paul-Boncour** (Georges), Médecin en chef de l'Institut Médico-Pédagogique, 164, faubourg Saint-Honoré, Paris (8e).
Dr **Pauly,** de Luxembourg.
Dr **Perrens** (Charles), Professeur agrégé, Médecin-Chef de la Maison de Santé de Château-Picon, à Bordeaux.
Dr **Petit** (Georges), Asile de Beauregard, près Bourges (Cher).
Dr **Pfersdorff,** Professeur de la Clinique psychiatrique de la Faculté de Médecine de Strasbourg.
M. **Piédelièvre** (René), Interne des Hôpitaux, 22, rue Gay-Lussac, Paris.
Dr **Plagneux,** Directeur de l'Asile de Lorquin (Moselle).
Dr Mlle **Plehkanov** (Lydie), de Paris.
Dr **Porot** (A.), 29, rue Mogador, Alger.
Dr **Praum,** Directeur du Laboratoire bactériologique, à Luxembourg (Grand-Duché de Luxembourg).

Dr **Rapuc,** 74, boulevard de Strasbourg, à Toulon (Var).
Dr **Raviart** (Georges), Professeur de Clinique psychiatrique à la Faculté de Médecine, Directeur-Médecin en chef de la Clinique départementale d'Esquermes, à Lille (Nord).
Dr **Rayneau,** Médecin-Directeur de l'Asile d'aliénés de Fleury-les-Aubrais, près Orléans (Loiret).
Dr **Razen** (Auguste), Échevin, à Luxembourg.
Dr **Reuter** (Robert), de Diekirch (Grand-Duché de Luxembourg).
Dr **Rischard** (C.), à Luxembourg.
Dr **Robert** (Jean), Directeur de l'Asile d'aliénés, Auch (Gers).
Dr **Roger** (Henri), 66, boulevard Notre-Dame, Marseille.
Dr **Ronquier** (A.), Professeur agrégé au Val-de-Grâce, Paris.
Dr **Roubinovitch,** Médecin en chef de l'Hospice de Bicêtre, 3, rue de Médicis, Paris (6e).

M. **Salentiny,** Bourgmestre d'Ettelbrück.
Dr **Salvador-Vivès,** Directeur du Manicomi de Salt, Gerona (Espagne).

Dr **Santenoise,** Médecin en chef de l'Asile de Saint-Ylie, près Dôle (Jura).
Dr **Schneider,** de Luxembourg.
Dr **Schneider,** Chef de Clinique psychiatrique à la Faculté de Médecine de Strasbourg.
Dr **Schnyder** (L.), Privat-Docent à l'Université, 19, rue Daxelhofer, Berne (Suisse).
Dr **Scholtes** (Guill.), à Eich-Luxembourg.
Dr **Schumacher,** Médecin à Ettelbrück (Grand-Duché de Luxembourg).
Dr **Semelaigne** (René), 59, boulevard de Montmorency, Paris (16e).
Dr **Sicard** (J.-A.), Professeur agrégé, Médecin des Hôpitaux, 195, boulevard Saint-Germain, Paris.
Dr **Simon,** Professeur de Clinique Médicale à la Faculté de Nancy, 21, rue de la Ravinelle.
Dr **Sixto Alvarez Arman,** Médecin du Service des Aliénés, à Oviédo (Espagne).
Dr **Sollier** (Paul), Directeur du Sanatorium de Boulogne-sur-Seine, 145, route de Versailles.
Dr **Steck** (Hans), Directeur-Médecin à la Clinique psychiatrique de l'Université de Lausanne, Asile de Cery-s/-Lausanne (Suisse).

Dr **Tarrius,** Directeur de la Maison de Santé d'Épinay-sur-Seine, 6 et 8, avenue de la République.
Dr **Taty** (Théodore), à la Tour-de-Salvagny, par Charbonnières (Rhône).
Dr **Thinnes** (G.), à Mersch, Grand-Duché de Luxembourg.
Dr **Thomas** (André), Médecin des Hôpitaux, 75, rue de Chaillot, Paris (8e).
Dr **Tissot,** Médecin en chef de l'Asile d'aliénés du Bon-Sauveur, à Caen (Calvados).
Dr **Toulouse,** Médecin en chef de l'Asile d'aliénés de Villejuif (Seine).
Dr **Toy** (Jean), Médecin en chef de l'Asile d'aliénés d'Aix-en-Provence (B.-du-Rh.).
Dr **Treinen,** à Colmar-Berg (Grand-Duché de Luxembourg).
Dr **Trénel** (Marc), Médecin en chef de l'Asile d'aliénés de Vaucluse, par Epinay-sur-Orge (Seine-et-Oise).
Dr **Truelle** (Victor), Médecin en chef de l'Asile d'aliénés de Ville-Evrard, par Neuilly-sur-Marne (Seine-et-Oise).

Dr **Urbany** (A.), Médecin à Dudelange (Grand-Duché de Luxembourg).

Dr **Vallon** (Charles), Médecin en chef de l'Asile Sainte-Anne, 1, rue Cabanis, Paris.
Dr **Van Bever,** Médecin en chef de l'Asile-Dépôt pour aliénés, à Anvers (Belgique).
Dr **Velter** (E.), Membre de la Société de Neurologie, avenue Président-Wilson, 38, Paris (16e).
Dr **Vermeylen,** Colonie de Gheel (Belgique).
Dr **Vernet,** Médecin-Directeur de l'Asile d'aliénés de Beauregard, près Bourges (Cher).
Dr **Vervaeck** (Louis), Directeur des Laboratoires de psychiatrie des prisons de Belgique, Prison de Forest, 52, rue de la Jonction, Bruxelles.
Dr **Viel** (B.), Médecin en chef de l'Asile d'aliénés de Pont-l'Abbé-Picauville (Manche).
Dr **Vieux** (Numa), Médecin de l'Etablissement hydrothérapique de Divonne (Ain).
Dr **Voitachevsky** (P.), Médecin en chef de l'Asile d'aliénés de Marsens, canton de Fribourg (Suisse).
Dr **Voivenel,** 21, rue de la Fonderie, Toulouse.
Dr **Vullien,** Chef de Laboratoire et Médecin adjoint à la Clinique départementale d'Esquermes, à Lille (Nord).
Dr **Vurpas** (Claude), Médecin de Bicêtre, 161, rue de Charonne, Paris (11e).

Dr **Wagner** (Aug.), rue Siegfroi, 12, à Luxembourg.
Dr **Weber** (Auguste), Médecin-Inspecteur, Eich-Luxembourg.

Dr **Wehenkel,** à Luxembourg.
Dr **Weiler,** Institut physiothérapique de Mondorf-les-Bains (Grand-Duché de Luxembourg).
Dr **Welter** (Eloi), Médecin Chef de service à l'Asile d'aliénés d'Ettelbrück (Grand-Duché de Luxembourg).
Mlle **Welter** (Louise), Etudiante en Médecine, 12, rue des Bains, à Luxembourg.
Dr **Wenger** (Ernest), Luxembourg.
Dr **Wenger** (Marthe), Luxembourg.
Dr **Wolfson,** California.

ÉTABLISSEMENTS HOSPITALIERS

Aisne. — Asile d'aliénés de Prémontré.
Allier. — Colonie d'Ainay-le-Château.
— Asile Sainte-Catherine.
Ariège. — Asile d'aliénés de Saint-Lizier.
Aveyron. — Asile de Rodez.
Bas-Rhin. — Asile de Hœrdt.
— Asile de Stephansfeld.
Bouches-du-Rhône. — Asile Saint-Pierre, à Marseille.
Cher. — Asile de Beauregard, près Bourges.
— Colonie familiale de Dun-sur-Auron.
— Asile de Chezal-Benoît.
Côte-d'Or. — Asile des Chartreux, Dijon.
Côtes-du-Nord. — Asile du Bon-Sauveur, à Bégard.
Deux-Sèvres. — Asile de Niort.
Dordogne. — Asile de Vauclair.
Eure. — Asile de Navarre, près Evreux.
Finistère. — Asile Saint-Athanase, près Quimper.
Gers. — Asile d'Auch.
Gironde. — Asile de Château-Picon, près Bordeaux.
Haut-Rhin. — Asile de Rouffach.
Ille-et-Vilaine. — Asile de Saint-Méen, près Rennes.
Jura. — Asile de Sainte-Ylie, près Dôle.
Landes. — Asile de Mont-de-Marsan.
Loiret. — Asile d'aliénés de Fleury-les-Aubrais, près Orléans.
Loir-et-Cher. — Asile d'aliénés de Blois.
Lozère. — Asile de Saint-Alban.
Marne. — Asile de Châlons-sur-Marne.
Mayenne. — Asile de La Roche-Gandon.
Meurthe-et-Moselle. — Asile de Maréville, près Nancy.
Meuse. — Asile de Fains-les-Sources, près Bar-le-Duc.
Morbihan. — Asile d'aliénés de Lesvellec.
Moselle. — Asile de Lorquin.
— Asile de Sarreguemines.
Nièvre. — Asile de la Charité-s/-Loire.
Oise. — Asile d'aliénés de Clermont.
Orne. — Asile d'Alençon.
Pas-de-Calais. — Asile d'aliénés de Saint-Venant.
Puy-de-Dôme — Asile d'aliénés de Sainte-Marie-de-l'Assomption, à Clermont-Ferrand.

Rhône. — Asile d'aliénés de Bron.
Seine-et-Oise. — Asile de Moisselles.
— Asile de Maison-Blanche.
— Asile de Vaucluse
— Asile de Ville-Evrard.
Somme. — Asile de Dury-les-Amiens.
Vaucluse. — Asile de Montdevergues, près Avignon.
Yonne. — Asile d'Auxerre.
Grand-Duché de Luxembourg. — Asile d'aliénés d'Ettelbrück.

MEMBRES ASSOCIÉS

Association des Dames Françaises (Comité de Luxembourg).
Mlle **Anglade** (Germaine), de Bordeaux.
M. **Anglade** (Fils), Étudiant en Médecine, Bordeaux.
Mme **Antheaume**, de Paris.
Arend-Praum-Capellen, de Luxembourg.
Mlles **Arend-Capellen** (Alice), de Luxembourg.
Arnaud (Françoise), de Vanves (Seine).
Arnaud (Suzanne), de Vanves (Seine).
Assoignion, de Lille.
Mmes **Astros** (d'), de Marseille.
Barbier, de Paris.
Baruk, d'Angres.
M. **Baruk** (Henri), Étudiant en Médecine, Paris.
Mme **Bérillon**, de Paris.
M. **Bidlot** (Charles), Étudiant à Liége (Belgique).
Mmes **Bidlot-Thorn**, de Liége (Belgique).
Blondel, de Strasbourg.
Boris-Savinkof, de Paris.
M. **Bourilhet** (Paul), de Moulins (Allier).
Mme **Brissot**, de Rouffach (Haut-Rhin).
Mlle **Buffet**, d'Ettelbrück.
Mmes **Buffet** (Adolphe), d'Ettelbrück.
Buffet (Lucien), d'Ettelbrück.
Mlle **Callewaert** (Élisa), de Bruxelles.
Mmes **Calmels**, de Paris.
Charon, de Dury-les-Amiens (Somme).
M. **Charon** (Pierre), de Dury-les-Amiens (Somme).
Mmes **Charpentier** (René), de Neuilly-s/-Seine.
Chiray, de Paris.
Claude, de Paris.
Mlle **Claude**, de Paris.
Mme **Colin** (H.), de Paris.
M. **Cordier** (R.), Étudiant en médecine, à Bruxelles.
Mme **Courbon** (Paul), de Stephansfeld.
M. **Courteville**, de Lille.
Mmes **Daday**, d'Évreux (Eure).
De Craene, de Bruxelles.
Delpierre, d'Ohain (Belgique).

Mlle **Delpierre,** d'Ohain (Belgique).
M. **Delpierre** (fils), Étudiant.
Mme **Derkunger.**
Mlle **Dupain,** de Vaucluse (Seine-et-Oise).
Mmes **Dupré** (Ernest), de Paris.
Etienne (Georges), de Nancy.
Mlles **Famenne** (Georgette), de Florenville (Belgique).
Famenne (Suzanne), de Florenville (Belgique).
Fixmer, d'Ettelbrück.
M. **Frey** (Bernard), Interne à l'Asile d'aliénés de Rouffach (Haut-Rhin).
Mmes **Hallez,** de Paris.
Hallion, de Paris.
Mlles **Hallion** (Jacqueline), de Paris.
Hallion (Thérèse), de Paris.
M. **Haskovec** (Ladislas), de Prague.
Mmes **Heger** (Gilbert), d'Uccles-Bruxelles.
Hesnard, de Bordeaux.
Hœdemackers, de Bruxelles.
Knaff-Faber (Marie), de Luxembourg.
Lalanne (R.), de Maréville, Nancy.
Lallemand.
Lamare, de Paris.
MM. **Larivé** (Édouard), Étudiant en Médecine, à Meyzieu (Izère).
Lebrun, de Bruxelles.
Mme **Lefèvre** (E.), de Paris.
Mlle **Lefèvre,** de Paris.
Mmes **Lefort** (Emile), de Luxembourg.
Legrain, de Villejuif (Seine).
Lépine (Jean), de Lyon.
Levet, de la Charité-s/-Loire.
Ley (A.) (Marie), d'Uccles-Bruxelles.
M. **Ley** (Jacques), Étudiant en Médecine, à Bruxelles.
Mme **Lorta-Jacob** (L.), de Paris.
MM. **Lortat-Jacob** (Étienne), de Paris.
Lorta-Jacob (Jean-Louis), de Paris.
Mahon (Raymond), Étudiant en Médecine.
Mme **Manet,** de Sedan (Ardennes).
M. **Martin** (Louis), Interne à l'Asile de Maréville, près Nancy.
Mme **Massary** (E. de), de Paris.
Mlle **Massary** (Marguerite de), de Paris.
Mme **Massaut,** de Lierneux (Belgique).
M. **Massaut** (Pierre). de Lierneux (Belgique).
Mme **Meeus,** d'Anvers (Belgique).
Mlle **Meeus** (Maria), d'Anvers (Belgique).
Mme **Meige** (H.), de Paris.
M. **Meyers** (A.), Étudiant en Médecine, à Bruxelles.
Mmes **Mézie,** de Lorquin.
Molin de Teyssieu, de Bordeaux.
Mme **Molvaux,** de Luxembourg.
M. **Muxhang** (Léopold).

Mlles **Ollivier** (A.), de Dinan (Côtes-du-Nord).
Ollivier (H.), de Dinan (Côtes-du-Nord).
Palgen (Mimy), Étudiante en médecine, 7, rue Saint-Georges, à Bruxelles-Ixelles.
Mmes **Pamart,** de Paris.
Parant (Louis), de Paris.
Paul-Boncour (Georges), de Paris.
M. **Paul-Boncour** (fils).
Mme **Pauly,** de Luxembourg.
M. **Péron** (Noël), Étudiant en médecine, Paris.
Mmes **Porot,** d'Alger.
Pontois, de Paris.
Reuter, de Diekirch (Luxembourg).
Raviart, de Lille.
M. **Raviart** (fils), de Lille.
Mme **Raynaud,** d'Orléans.
Mlle **Rondel,** de Paris.
Mme **Salentiny,** d'Ettelbrück.
Mlles **Scribe** (Suzanne), de Paris.
Semelaigne (Françoise), de Paris.
Semelaigne (Renée), de Paris.
Mme **Sicard,** de Paris.
Mlle **Sicard** (Marguerite), de Paris.
M. **Sicard** (André), de Paris.
Mlle **Stievenart,** de Bruxelles.
Mme **Tarrius,** d'Épinay-s/-Seine.
M. **Tarrius,** Procureur de la République.
Mme **Taty** (Th.), de la Tour-de-Salvagny (Rhône).
Mlles **Tinant** (Anne), de Luxembourg.
Tinant (Lucie), de Luxembourg.
Mmes **Tissot,** de Caen (Calvados).
Toussaint, d'Ettelbrück.
M. **Vannerus** (Léon), Étudiant en médecine, Strasbourg, à Hagen (Luxembourg).
Mmes **Vernet,** de Bourges.
Vervaeck, de Bruxelles.
M. **Vervaeck** (Paul), Étudiant en médeine, à Bruxelles.
Mme **Volvenel,** de Toulouse.
Mme **Volfson,** California.

Séance d'ouverture

Le lundi 1er août, à 9 h. 30 du matin, au Palais Municipal, dans la Salle des Fêtes splendidement décorée, s'est tenue la séance inaugurale de la xxve Session du Congrès des Médecins Aliénistes et Neurologistes de France et des Pays de langue française, en présence de M. de Colnet d'Huart, Maréchal de la Cour, représentant Leurs Altesses Royales Mme la Grande-Duchesse de Luxembourg et le Prince Félix de Luxembourg ; de M. Mollard, ministre de France ; de M. Lejeune, ministre de Belgique ; de M. Reuter, ministre d'Etat et de Monseigneur Nommesch, évêque de Luxembourg.

Sur l'estrade avaient pris place les autres personnalités du Comité d'bonneur, les délégués cités aux pages précédentes, et les Membres du bureau du Congrès.

M. Reuter, ministre d'Etat, prit le premier la parole pour soubaiter la bienvenue aux nombreux congressistes qui avaient répondu à l'appel des organisateurs. Il le fit dans les termes suivants :

« Messieurs les Ministres,
« Mesdames,
« Messieurs,

« Le Congrès des médecins aliénistes et neurologistes de langue française que nous avons l'honneur d'béberger en nos murs, renoue aujourd'hui pour le Luxembourg, entre le passé et le présent, un lien qui fut brusquement et douloureusement tranché au mois d'août 1914.

« Vous aviez, en effet, choisi, Messieurs, notre petite capitale pour y tenir vos assises solennelles en 1914. La ville s'apprêtait à recevoir les congressistes, lorsque la guerre mondiale éclata et que l'occupation ennemie, s'étant abattue sur le pays comme un coup de foudre, vint mettre à néant ce projet comme tant d'autres.

« Nous vous sommes d'autant plus reconnaissants, Messieurs, d'être revenus en 1921 pour organiser cbez nous votre Congrès jubilaire, le 25e dans la série des réunions inaugurées en 1890, à Rouen.

« Vous avez marqué par là que dans l'ordre de vos sympathies vous assimilez la capitale du Luxembourg aux grandes villes des pays de langue française dans lesquelles vous avez siégé par le passé.

« Nous sommes fiers de ce témoignage d'amitié que vous avez bien voulu nous donner. Nous sommes fiers de recevoir dans nos frontières étroites les délégués des grandes nations voisines et amies, les représentants les plus attitrés de la science psychiatrique et neurologique, et notre population sera heureuse de vous prouver qu'elle vous accueille dans le même sentiment de sympatbie cordiale qui vous a conduits cbez nous.

« En vous souhaitant la bienvenue à notre foyer, je tiens à exprimer nos remerciements particuliers à votre Comité permanent qui a proposé la ville de Luxembourg comme siège du Congrès, ainsi qu'à toutes les personnes qui ont bien voulu prêter leur concours et leur collaboration dévouée dans les multiples travaux de préparation et d'organisation.

« L'œuvre à laquelle vous consacrez vos efforts est digne du plus haut intérêt et mérite l'attention soutenue des pouvoirs publics. C'est la cause sacrée de l'humanité souffrante qui vous réunit annuellement pour un échange de vues précieux et fécond sur les questions si ardues et si délicates qui surgissent sans cesse dans le domaine des maladies mentales et nerveuses.

« Votre Congrès rassemble les hommes les plus compétents, les maîtres de la science, les praticiens illustres, les chercheurs infatigables qui, tous, apportent, pour les mettre en commun, les résultats de leurs travaux, de leurs observations, de leurs découvertes.

« Vos réunions sont de véritables séances de travail où l'on vérifie et où l'on discute la valeur des données les plus récentes recueillies dans les expériences individuelles. C'est là qu'on dresse l'inventaire des vérités acquises et que l'on mesure le chemin parcouru. Au creuset de la discussion approfondie, les conceptions se précisent et se perfectionnent et la vérité apparaît de plus en plus nette.

« L'œuvre de votre Congrès répond donc à ce grand besoin de synthèse et de coordination qui domine toute la science moderne. Elle aboutit en quelque sorte à une collaboration constante de tous les savants qui se sont spécialisés dans le domaine de la psychiatrie, collaboration qui vous permet de dégager rapidement et sûrement de l'ensemble de vos travaux et de vos recherches les conclusions pratiques pour le plus grand bien des malades qui sont l'objet de votre sollicitude.

« Si nous nous reportons à l'époque déjà lointaine où les Pinel et les Esquirol ont fait ouvrir les portes des prisons aux malheureux aliénés pour les affranchir d'un régime de rigueur et de violence, nous pouvons apprécier l'importance des étapes que la science a parcourues au cours du siècle dernier.

« Parmi les grands médecins qui ont été les artisans de cette évolution prodigieuse, nous voyons émerger les nobles figures des Charcot et des Duchenne de Boulogne dont l'esprit méthodique a introduit l'ordre et la clarté là où régnait la confusion et l'incertitude.

« Dans la suite, nous voyons se développer dans tous les pays les résultats heureux de cette orientation nouvelle.

« En France, nous rencontrons notamment la célèbre école de la Salpêtrière, foyer scientifique de premier ordre dont l'éclat a rayonné sur le monde entier.

« Dans les asiles de Sainte-Anne et de Bicêtre, nous voyons les professeurs les plus éminents des maladies mentales donner leur enseignement clinique à une jeunesse studieuse accourue de tous les pays.

« Je ne citerai pas les noms de cette lignée de médecins illustres qui, dans les pays de langue française, ont recueilli le patrimoine scientifique du siècle écoulé et qui, jusqu'à nos jours, continuent à l'enrichir magnifiquement du fruit de leurs travaux éclairés.

« Nous saluons en vous, Messieurs, les collaborateurs et les disciples de ces grands maîtres du passé, les représentants de cette science faite de clarté latine, de labeur méthodique et d'intuition géniale.

« Vos travaux sont consacrés à percer le mystère douloureux de cette maladie triste entre toutes qui s'attaque aux fonctions les plus élevées de l'organisme et qui plonge l'âme humaine dans les ténèbres ou dans la détresse.

« Vos efforts tendent à soulager le sort des malheureuses victimes qui sont courbées sous ce joug terrible, à adoucir leurs souffrances, à leur ouvrir des perspectives de guérison.

« Puissiez-vous trouver dans vos travaux et dans vos délibérations la plus haute satisfaction à laquelle vous aspirez : celle d'avoir réussi à élargir l'horizon de la

science dont vous êtes les disciples fervents et d'avoir trouvé ainsi le moyen de réduire la somme des misères et des souffrances humaines.

« Tel est le vœu que je formule, au nom de tous mes compatriotes, au seuil de votre séance inaugurale, en déclarant ouvert votre 25e Congrès. »

Le docteur Buffet, médecin-directeur de l'asile d'Ettelbrück, président luxembourgeois du Congrès, prononce à son tour l'allocution suivante :

« Monsieur le Maréchal de la Cour,
« Monsieur le Ministre de France,
« Monsieur le Ministre de Belgique,
« Messieurs les Membres du Corps diplomatique,
« Monsieur le Ministre d'Etat,
« Monseigneur,
« Messieurs les Délégués des Gouvernements étrangers,
« Messieurs les Membres du Comité d'honneur,
« Mesdames,
« Messieurs,

« C'est avec une émotion joyeuse et grave tout à la fois, que notre petit pays de Luxembourg a aujourd'hui l'honneur de recevoir le Congrès des Aliénistes et Neurologistes de France et des pays de langue française. Qu'il me soit, à cette occasion, permis de déposer aux pieds de S. A. R. notre gracieuse Souveraine, retenue loin de nous, l'hommage de nos sentiments respectueusement dévoués et de comprendre dans nos hommages S. A. R. le Prince Félix de Luxembourg. La présence parmi nous de M. le Maréchal de la Cour, délégué par S. A. R., Mme la Grande Duchesse, si désireuse et si soucieuse de contribuer à tout ce qui peut développer notre vie intellectuelle, est la preuve sensible de l'importance que nous attachons, Messieurs, à votre présence dans notre cité.

« Elle est la première forme d'une bienvenue que vous devez sentir dans tout ce qui vous entoure ici, dans l'aspect de notre petite capitale dont l'élégance mesurée porte si visiblement la marque de l'influence française, dans l'empressement de notre jeunesse à se servir de votre belle et claire langue, dans le souvenir de nos vieillards qui se croient revenus aux beaux temps où nous nous sentions un prolongement de la France.

« Vous ne vous sentez pas dépaysés chez nous, et nous, à vous avoir dans notre sein, nous avons l'impression d'une réunion de famille où il ne manquerait personne. Notre hospitalité d'aujourd'hui voudrait être pour vous celle d'un foyer.

« Messieurs, ce foyer doit être joyeux pour la première fois, après tant de deuils. Ce n'est pas une date ordinaire pour notre Congrès : Dix-neuf cent vingt-et-un marque une époque dans son existence sociale. C'est l'anniversaire de notre vingt-cinquième année, ce sont nos noces d'argent que nous célébrons aujourd'hui à Luxembourg, doublement heureux de vous recevoir à ce moment solennel. Nous avons droit d'être fiers. Durant un quart de siècle nous avons eu la preuve que la mise en commun de nos expériences illustres ou obscures avait été féconde pour le bien de tous. Nous nous sommes entraidés pour le soulagement de la pire souffrance ; nous avons amélioré nos armes dans la lutte incessante contre le mal ; nous avons multiplié, en nous le communiquant, notre trésor d'expériences, ce capital

de la science que les révolutions n'atteignent pas. L'affreuse catastrophe qui, cinq années durant, a bouleversé le monde, est venue, hélas ! douloureusement enrichir notre champ d'expériences. Sur les champs de bataille labourés par les obus, dans le vacarme effroyable des canons ou l'insomnie anxieuse des tranchées, parmi l'horreur, la faim, le pillage, l'incendie, que de pauvres consciences se sont troublées, obscurcies, ont lamentablement sombré dans la nuit. La tâche, noble entre toutes, de ramener à elles ses pitoyables victimes, est immense ; on ne peut désespérer.

« Mais de tant de maux encore présents naîtra peut-être un grand bien. De même que les soldats, tombés pour la défense du pays meurtri, seront les fondements d'une patrie plus forte et meilleure, de même ceux que d'horribles secousses ont jetés dans le déséquilibre nous permettront un jour d'apporter à la génération suivante des traitements et des secours inconnus.

« Plus que jamais, Messieurs, nous pouvons sentir la noblesse en même temps que la lourdeur de notre tâche. Le malade ordinaire possède deux médecins : celui du corps et celui de l'âme. Pour ceux auxquels nous prodiguons nos soins, nous devons être les deux à la fois. L'aliéniste est un prêtre autant qu'un savant. Nous avons eu nos maîtres, mais aussi nos héros et même nos martyrs. Depuis vingt-cinq ans, combien nous ont abandonné dans cette dure carrière. De beaucoup et parmi les meilleurs, il ne nous reste plus à saluer que le nom et l'exemple. Qu'il me soit permis d'accorder à leur mémoire un souvenir ému. Ils furent les premiers maillons de la chaîne qui nous relie au cours des ans. Beaucoup de nous ont été formés par eux, ont recueilli leurs leçons. Tous, nous sommes les continuateurs de leur tâche. A vous, Messieurs, qui conservez leur idéal d'amélioration de la misère humaine, j'offre ici notre cordial et sincère souhait de bienvenue. »

La parole est ensuite donnée à divers délégués :

M. Rondel, inspecteur général, représentant de M. le Ministre de l'Hygiène.

« Messieurs les Ministres,
« Monseigneur,
« Mesdames,
« Messieurs.

« M. le Ministre de l'Hygiène, de l'Assistance et de la Prévoyance sociales, en me faisant l'honneur de me déléguer pour le représenter à ce Congrès, a voulu témoigner le haut intérêt que porte à votre institution le nouveau Département ministériel dont il a la direction en France.

« La création d'un ministère spécial s'occupant des questions d'hygiène sociale serait un non sens, si elle n'avait pour résultat de favoriser la solution des questions d'assistance, en y faisant concourir l'hygiène préventive et la mutualité prévoyante.

« Le moment est en effet venu de résoudre enfin les problèmes qui étaient posés avant la guerre, comme celui de la révision de la loi de 1838, avec lequel il importe d'en finir. Soit que les principes de cette loi soient confirmés, soit qu'ils soient modifiés, il faut, en tous cas, mettre en harmonie la réglementation relative au traitement des affections mentales avec les progrès de la science qui désavoue de plus en plus les contentions matérielles. L'Administration a le devoir, afin de pro-

téger la liberté des personnes, d'entourer l'entrée de l'asile de sérieuses garanties ; mais cette protection ne doit pas empêcher les soins à donner dans des services spéciaux aux candidats à l'aliénation ou aux aliénés convalescents. Des travaux comme les vôtres éclairent l'autorité publique dans la recherche de l'organisation moderne à faire consacrer par le législateur, et je suis autorisé à vous dire que M. Leredu, ministre de l'Hygiène, de l'Assistance et de la Prévoyance sociales, attache personnellement la plus haute importance aux études et groupements comme celui-ci. C'est pourquoi je viens en son nom, non pas pour prendre part à vos délibérations, mais pour écouter les discussions, de façon à être en mesure de renseigner ses services sur les motifs qui auront inspiré ceux de vos vœux qui appellent une suite administrative, et vous pouvez être assurés que, pour ma part, je ne manquerai pas de veiller à ce que cette suite ne soit pas perdue de vue dans les bureaux. »

M. le docteur Delahet, médecin de 1re classe de la Marine, représentant de M. le Ministre de la Marine.

Messieurs,

« Quelqu'étonnante que puisse vous paraître la présence d'un marin en ces lieux éloignés de tout profond rivage, permettez-lui, en saluant tous les membres de cette brillante assemblée et spécialement les Autorités et confrères du Luxembourg, si empressés à les recevoir, permettez-lui, dis-je, de témoigner ici, non seulement par sa présence, mais par ses paroles, de l'intérêt tout particulier que prend le Service de Santé de la Marine aux études psychiatriques.

« De tout temps, le médecin de la Marine a été placé dans des conditions éminemment favorables pour sonder la psychologie de ses semblables. Dans ce milieu d'interréactions mutuelles que constitue un navire et sous toutes les latitudes, il peut suivre de très près l'évolution mentale des individus, selon les circonstances diverses et souvent imprévues où ils se trouvent placés. La vie du marin, si spéciale, avec ses fatigues, ses dangers et l'esprit d'initiative qu'elle commande, est un critérium excellent pour juger de la capacité et de l'endurance mentales. En plein foyer collectif, le médecin de bord, qui de par ses fonctions et ses inspections périodiques connaît un par un les hommes à lui confiés, peut apprécier non seulement selon leur tempérament individuel, mais selon leur origine de terroir et de race, la plasticité de leur psychisme et ses limites de résistance.

« Psychologie banale, direz-vous, Messieurs, mais qui est de tous les instants et qui est bien faite pour préparer l'observateur qui s'y livre à la compréhension de la psychiatrie. Aussi, lorsque sous l'impulsion du très regretté professeur Régis, fut officiellement créée dans la Marine la spécialité de psychiatre, la semence était-elle prête à lever.

« C'était il y a douze ans. En 1909, le sous-secrétaire d'État à la Marine d'alors, l'honorable M. Chéron, adoptant les idées du Maître bordelais, ouvrait des postes d'experts psychiatres patentés dans chacun des cinq grands ports, l'enseignement psychiatrique devenait obligatoire pour tous les étudiants accédant à la médecine navale et les expertises pour tribunaux maritimes passaient aux mains de spécialistes brevetés.

« Aussi votre étonnement cessera-t-il, Messieurs, de voir l'empressement avec lequel un marin, délégué par le Ministre, est venu s'asseoir parmi vous, au seuil de ce Congrès. Il est heureux de l'occasion qui s'offre à lui de représenter la Marine, spécialement en ce beau pays de Luxembourg, au milieu de ses sympathiques et éminents représentants. Prêt à recueillir le fructueux enseignement des rapports et communications qui se vont discuter, il s'excusera de donner aussi sa note modeste au milieu du si brillant concours qui se presse dans cette enceinte. »

M. le Dr Glorieux, président de la délégation belge.

« Monsieur le Ministre d'Etat,
« Monseigneur,
« Messieurs les Ministres,
« Mesdames,
« Messieurs,

« En ma qualité de président de la délégation belge, j'apporte aux membres du Congrès des Médecins aliénistes et neurologistes de France et des pays de langue française, le salut fraternel de la Belgique.

« Aux confrères français, je dirai tout simplement : « Vous avez toujours été et « vous resterez toujours nos meilleurs amis ; nous comptons sur vous comme vous « pouvez compter sur nous ».

« Aux médecins du Grand-Duché de Luxembourg, je dirai que leurs confrères de Belgiqne les tiennent en haute estime et que moi, personnellement, j'ai pensé à eux pendant toute la durée du trajet en chemin de fer de Bruxelles à Luxembourg.

« En effet, tous les journaux que j'avais sous la main signalaient en vedette: « *Accord belgo-luxembourgeois* », et publiaient en plusieurs colonnes les articles de la convention signée par les mandataires des deux pays.

« Un seul article retint toute mon attention :

« Art. 25. — A l'effet de rendre plus étroites les relations intellectuelles entre la Belgique et le Grand-Duché de Luxembourg, les deux Gouvernements concluront un accord ayant pour base le projet soumis au Gouvernement luxembourgeois à la date du 20 janvier 1921. »

« Notre présence ici, en aussi grand nombre, démontre en toute évidence que les médecins belges, sans attendre la ratification de l'accord économique par les Chambres législatives des deux pays, out pris les devants pour rendre plus étroites les relations intellectuelles entre la Belgique et le Grand-Duché.

« Le vœu émis hier par les deux Gouvernements est devenu aujourd'hui une réalité !

« Nous sommes ici pour cimenter notre convention intellectuelle à l'aide d'un ciment qui ne connaît ni les intempéries, ni les frontières, ni les divisions politiques, je veux dire le ciment de la science, mise au service de la plus noble des causes : le soulagement et le relèvement de l'humanité souffrante.

Grâce à cette union des cœurs et des âmes, dans un travail commun, nous deviendrons forts.

« L'Union fait la Force. »

M. le professeur Dr R. Bing, président de la Société Suisse de Neurologie.

« Messieurs les Ministres,
« Monseigneur,
« Monsieur le Président,
« Mesdames,
« Messieurs,

« En invitant la Société Suisse de Neurologie, que j'ai l'honneur de présider — société trilingue d'un pays trilingue — à se faire représenter officiellement au Congrès des aliénistes et neurologistes de France et des pays de langue française, le distingué secrétaire permanent de ce Congrès nous a donné une preuve de sympathie que nous avons hautement appréciée et à laquelle nous avons donné suite avec le plus grand empressement.

« Et le hasard a voulu qu'en déléguant ici son président et son premier vice-président, le Comité directeur de notre Société confiât cette agréable mission à deux neurologistes dont l'activité et dont l'enseignement universitaire s'exercent dans la partie de notre pays où la langue française n'est pas prédominante.

« Eh ! bien, ce hasard, je m'en félicite, car il nous fournit l'occasion, à mon collègue et ami le docteur Schnyder et à moi, d'affirmer (et de prouver aussi, je l'espère), que l'amour de la France, de la langue française, de la civilisation française, de la pensée française, de la science française, ne s'arrête pas à la frontière linguistique qui sépare la partie romande de la partie alémanique de l'Helvétie.

« Ce n'est donc pas, croyez-le bien, avec le sentiment d'accomplir un acte protocolaire de courtoisie internationale, c'est avec une très sincère et joyeuse émotion que je viens vous apporter le salut et les vœux des neurologistes suisses. »

M. le Professeur Ladislas Haskovec, de Prague (Tchéco-Slovaquie).

« Messieurs les Ministres,
« Monseigneur,
« Mesdames,
« Messieurs,

« Je suis très heureux de pouvoir saluer très cordialement le Congrès des aliénistes et neurologistes de France et des pays de langue française. Venant de la première session de l'Institut International d'anthropologie, à Liége, et passant dans cette jolie et glorieuse ville de Luxembourg, je ne pouvais rester à part, et ne pas assister au Congrès de nos collègues français. Je ne le pouvais pas, non seulement comme membre des sociétés françaises, mais aussi comme Théco-Slovaque, car je me sens honoré aujourd'hui de me trouver au milieu de la grande famille française.

« J'éprouve, en ce moment, une profonde émotion et aussi une grande reconnaissance pour deux de mes grands maîtres français, le regretté Charcot et Magnan dont le souvenir m'est infiniment cher, qui sont morts sans avoir eu la consolation et la joie de saluer le triomphe de la Justice et du Droit.

« Je suis d'autant plus impressionné dans la ville de Luxembourg qu'un nom me vient à l'esprit, le nom de notre roi Jean de Luxembourg. Vous connaissez tous

son histoire. C'est le roi qui est mort pour la France, sur le champ de bataille de Crécy, en prononçant ces paroles historiques : « Le roi de Bohême ne s'enfuit jamais « de la bataille ».

« Si les liaisons entre la Bohême et la France étaient autrefois si intimes et si elles le sont encore à présent, comme vous le savez d'après la façon dont se sont comportés nos légionnaires à Vouziers, je puis vous assurer que la nation tchéco-slovaque n'oubliera jamais les témoignages d'amitié de la France, et qu'elle restera toujours fidèle à la noble et glorieuse nation alliée.

« Messieurs, je souhaite à vos travaux tout le succès qu'ils méritent. »

Le docteur H. Meige, président français du Congrès, prononce alors le discours suivant :

« Mesdames,
« Messieurs,

« Ma première parole sera de reconnaissance pour ceux qui m'ont jugé digne de présider ce Congrès.

« Ils ont doublé le prix de cet honneur en me désignant pour la Session de Luxembourg ; ils y ont ajouté le plaisir de me faire partager la présidence avec un collègue du Grand-Duché, le docteur Buffet, d'Ettelbrück.

« Mais je redoute un peu de faire à cette place figure d'usurpateur. Elle avait été attribuée, en 1914, au professeur Dupré, que j'avais alors l'agréable mission de seconder comme vice-président. A l'heure même où nos deux amitiés s'acheminaient vers la frontière, une main brutale vint en barrer l'accès et cet ostracisme dura plus de cinq ans. Quand luirent enfin les jours apaisés, un irrésistible devoir nous convia à tenir les premières de nos réunions d'après guerre dans nos provinces reconquises qui, pendant près d'un demi-siècle, avaient été frappées pour nous d'interdiction.

« Notre xxive Session eut donc lieu à Strasbourg, présidée par M. Dupré. On sait quel fut son succès. C'est là que l'Assemblée générale décida que le Congrès ne pouvait manquer plus longtemps à la promesse faite au Grand-Duché, et qu'elle voulut bien me confier la présidence française de la session de Luxembourg-Metz en désignant comme vice-président le professeur Jean Lépine, doyen de la Faculté de médecine de Lyon.

« Je n'ai pas la prétention de croire que l'honneur qui m'échoit ainsi soit dû à mes propres mérites. J'y vois le témoignage, à mon sens très précieux, d'une sympathie née au cours de nos réunions antérieures, alors que j'en étais le secrétaire permanent. J'y reconnais surtout un hommage au Maître auquel je dois ma destinée, Brissaud, — à celui aussi dont j'ai contribué à répandre les idées, Seglas, — à ceux enfin qui ne sont plus et qui me patronnèrent de leur amitié : Charcot, Joffroy, Ballet, Régis.

« Vers ces grands noms de la neuro-psychiatrie française se porte, avec mon souvenir ému, l'élan de ma gratitude.

« Occuper cette place est un privilège dont je ne me dissimule ni le prix, ni le poids. Mais comment résister au désir d'apporter le salut de la science française à ce Luxembourg dont je connais depuis longtemps les attraits, accrus pendant ces dernières années de ceux du fruit défendu ?

« Luxembonrg ! Au cœur même de Paris, ce nom se fait entendre depuis le xvie siècle, époque où le duc de Piney-Luxembourg, prince de Tingry, édifia, près du quartier latin, un palais que, plus tard, Marie de Médicis put remanier et embellir, mais qui ne fut jamais débaptisé.

« Tout Parisien devrait connaître le pays ancestral de ce grand seigneur, qui fit plus pour le charme de notre capitale que le rigide Vauban lorsqu'il ceintura de ses bastions géométriques l'admirable site où la ville de Luxembourg s'était édifiée.

« Luxembourg ! Qui donc, si peu versé qu'il soit dans le passé, ne connaît le nom de ce soldat, petit de corps, mais géant de gloire, le maréchal de Luxembourg, qui, cueillant à la France victoires sur victoires, versait par brassées les étendards dans notre cathédrale et reçut, pour cela, le surnom de « Tapissier de Notre-Dame ».

« Mais l'interpénétration de nos deux pays remonte bien plus loin dans l'histoire :

« Au cours de la guerre de Cent ans, Jean Ier, comte de Luxembourg, bien qu'ayant déjà perdu la vue, répondant à l'appel du roi de France Philippe VI, son parent, vint avec cinq cents lances prendre part à la bataille de Crécy. Et là, ayant fait attacher son cheval à ceux de deux de ses chevaliers, il se jeta dans la mêlée où il trouva une mort glorieuse avec tous les siens, sauf deux.

« Les chroniqueurs français de l'époque n'ont point oublié Jean l'Aveugle. Guillaume de Machaut dit de lui :

« Il n'y eut pareil roi, ni duc, ni comte,
« ni depuis le tems de Charlemaine,
« ne fut homme c'est chose certaine,
« qui fut en tout cas plus parfait,
« en honneur, en dit, en fait. »

« Plus haut encore dans le passé, Henri V, dit le Blondel, prit part à la croisade de Saint-Louis en pays barbaresques. Il était fils de cette admirable comtesse Ermesinde, dont on ne sait ce qu'on doit louer davantage de ses institutions charitables ou de son habile gestion des affaires du pays. Et Ermesinde avait épousé un Français, le comte Thibaut de Bar.

« Ainsi, dès les temps les plus reculés de notre histoire, on retrouve toujours, dans les instants critiques, le Luxembourg prêt à apporter son aide à la France.

« Cette noble tradition ne s'est pas démentie, puisque, au cours de la dernière guerre, on compta dans les armées alliées plus de 3.000 volontaires Luxembourgeois. Je tiens à saluer, en passant, ces frères d'armes dont beaucoup, hélas ! ont payé de leur vie leur attachement à une grande cause.

« Mais en dépit des vicissitudes de son histoire, le Grand-Duché a eu la sagesse de conserver sa personnalité nationale, sa langue, ses traditions. Si bien qu'en pénétrant en Luxembourg, nous éprouvons cette sensation rare de goûter le charme d'un pays qui n'est pas le nôtre, en nous croyant encore chez nous. Je n'ai pu résister à l'envie d'évoquer dès l'abord ces souvenirs et ces impressions. Ce sont les meilleurs garants de la cordialité des remerciements que j'ai maintenant l'agréable mission de répartir.

***

« Le haut patronage accordé par la famille souveraine du Grand-Duché est un honneur dont le Congrès est exceptionnellement flatté.

« Il n'ignore pas qu'il le doit autant à ce qu'il vient de France qu'à l'intérêt porté par leurs Altesses Royales à toutes les œuvres scientifiques et philanthropiques auxquelles le Luxembourg aime à participer. Le premier et le plus agréable de mes devoirs présidentiels est d'offrir l'expression de notre respectueuse gratitude à son Altesse Royale, Mme la Grande-Duchesse de Luxembourg et à son Altesse Royale, le Prince consort.

« La toute gracieuse invitation qui nous est venue de Colmar-Berg a fait grossir le nombre de nos adhérents. Un Français est toujours captivé par la souveraineté féminine.

« Leurs Altesses Royales ont bien voulu nous faire part de leur regret de ne pouvoir assister à notre séance inaugurale et ont désigné pour les représenter M. de Colnet d'Huart, Maréchal de la Cour. Nous le prions d'agréer nos remerciements pour la bienveillance de son entremise.

« Comment remercier M. Mollard, ministre de France à Luxembourg, des marques d'intérêt qu'il a, dès la première heure, témoignées à notre Congrès? Déjà, en 1914, il avait vivement encouragé notre projet, connaissant la nécessité de favoriser, surtout à cette époque, l'expansion des idées françaises dans le Grand-Duché. Nous avons la bonne fortune de le retrouver encore cette année au poste éminent qu'il occupait alors, non moins dévoué à notre cause, ayant conquis, par son affable distinction, toutes les sympathies de ceux qui l'ont approché et contribué par sa personne à faire aimer davantage la France.

« M. le Ministre d'Etat a eu la gracieuseté de supprimer pour nous les formalités et les droits d'accès dans le Grand-Duché. Je ne saurais assez lui dire combien cette faveur a été appréciée. Il vient de nous souhaiter la bienvenue en des termes qui nous ont vivement touchés, mais qui ne laissent pas que de nous causer quelque appréhension. Paraîtrons-nous à la hauteur de la réputation qui s'attache à la science française? Et surtout, saurons-nous assez bien exprimer notre reconnaissance pour le généreux accueil qui nous est fait? Nous n'aurons peut-être qu'un moyen d'y parvenir : c'est de redoubler d'ardeur dans nos travaux, pour que, plus tard, dans les fastes de notre Congrès, la session de Luxembourg laisse le souvenir d'une des plus laborieuses. A coup sûr, aucune autre n'aura été l'objet de plus de prévenances ni n'aura révélé de plus intimes affinités.

« J'unis dans notre reconnaissance toutes les autorités luxembourgeoises, les membres du corps diplomatique et du corps médical, qui, en se groupant pour constituer le Comité d'honneur de ce Congrès, sont les plus sûrs garants de sa réussite.

« A celui avec qui je partage les honneurs de la présidence, à mon cher collègue Buffet, je préfère répondre, non par des paroles, mais par un geste : je lui serre fermement la main. Et dans ce geste, il sentira tous les sentiments cordiaux qu'a fait naître en moi une fréquentation plus intime, toute l'admiration aussi que m'inspire son œuvre d'Ettelbrück, ce paradis des aliénés, où une thérapeutique de douceurs et d'agréments remplace avec tant d'avantages les méthodes de coercition surannées.

« Je tiens à saluer sans retard nos confrères luxembourgeois qui, avec un empressement dont nous sommes à la fois touchés et fiers, sont venus s'associer à notre œuvre. Je veux espérer que dans nos sessions ultérieures nous aurons le très grand plaisir de les compter encore parmi les membres de ce Congrès. Si leur modestie tentait de les en dissuader, nous faisons appel à leur attirance vers cette clarté qui est le propre de l'esprit français, et dont beaucoup, je le sais, possèdent déjà les reflets.

« Parmi eux, il en est un dont j'hésite à prononcer ici le nom, car il est de ceux qui acceptent volontiers de se dépenser sans compter, à condition de demeurer dans l'ombre. Notre vieille amitié, dût-elle en souffrir, je ne puis taire ce que chacun sait bien, c'est que l'animateur du Congrès de Luxembourg a été le docteur Forman. Nous avons contracté envers lui une dette qu'il sera bien difficile d'acquitter. Mais je sais qu'il se jugera suffisamment récompensé de ses peines en pensant qu'il a travaillé pour le bien de son pays par amitié pour la France et en souvenir de notre commun maître, Brissaud.

« Et je n'ai garde d'oublier tous les collaborateurs bénévoles qui ont partagé avec lui la lourde tâche d'organisation locale dont nous avons pu déjà apprécier la perfection.

« C'est pour nous un plaisir tout particulier que de voir ici M. Lejeune, ministre de Belgique à Luxembourg, et de compter parmi nous de nombreux collègues belges.

« Avant la guerre, nous avions, presque chaque année, l'occasion de nous rencontrer soit à Paris, soit à Bruxelles ou à Gand, dans des réunions où les échanges d'idées scientifiques s'accompagnaient toujours d'une recrudescence de sympathie. Avec quelle émotion, aiguisée par sept années de séparation, nous les avons revus après cette tourmente dont ils ont eu le noble courage de subir les premières atteintes, par respect de la foi jurée.

« Malgré leur désir et le nôtre de nous réunir au plus vite sur leur sol hospitalier, ils ont compris que la France ne pouvait faillir à l'engagement pris de longue date envers le Grand-Duché. Ils ont tenu à témoigner par leur présence qu'un même idéal de labeur en commun pour le bien de l'humanité unit les aspirations des trois pays.

« De Suisse également, des adhérents fidèles viennent à nous, attirés par un réciproque attachement. Je leur adresse, en les remerciant, notre salut le plus cordial.

« Me sera-t-il permis de manifester ici un regret? C'est que le titre même de notre Congrès laisse entendre qu'il est ouvert aux représentants des seuls pays où la langue française est officielle. Quand tant d'affinités et de goûts, tant de ressemblances dans le langage, quand une même culture et un même idéal unissent entre eux les pays d'origine latine, devons-nous rester les prisonniers de notre formule?

« Il me semble que, sans rien renier de ses origines et de ses traditions, tout en conservant sa fidélité à la langue française, ce Congrès pourrait tendre à rapprocher des *aliénistes et neurologistes de France ceux de tous les pays latins.* En ouvrant largement l'accès à nos collègues d'Italie, d'Espagne, de Roumanie, de l'Amérique du Sud, nous ne ferions qu'élargir le cercle de nos amis. Et avec quel plaisir nous verrions également s'unir à nos travaux tous les aliénistes et neurologistes des nations alliées auxquels la langue française est familière!

« Notre Congrès, dès son origine, a retenu, en France, l'attention des Pouvoirs publics. Ils s'y sont toujours fait représenter. C'est que notre programme n'est pas seulement scientifique; il aborde, à tour de rôle, des questions de médecine légale et d'assistance; et cette œuvre d'utilité sociale est appréciée par nos gouvernants.

« Nous en avons eu récemment une nouvelle assurance, car ayant fait valoir à M. le Ministre de l'Hygiène, de l'Assistance et de la Prévoyance sociales combien il serait opportun, cette année surtout, de faciliter aux médecins d'asiles un déplacement qui leur permît à la fois de faire connaître de vive voix leurs travaux à l'étranger et d'y étudier sur place l'organisation des établissements d'assistance, une circulaire fut immédiatement adressée aux préfets, les encourageant à demander aux Conseils généraux les crédits nécessaires pour que le plus grand nombre de nos collègues des asiles puissent participer à ce voyage.

« Nous prions le représentant de M. le Ministre de l'Hygiène, de l'Assistance et de la Prévoyance sociales de vouloir bien exprimer à ce dernier nos remerciements. La mesure prise cette année, et qui demeure valable pour les sessions ultérieures, ne peut avoir que de fructueuses conséquences sociales.

« Comme les années précédentes, les Ministères de la Guerre et de la Marine, soucieux de faire profiter leurs départements de toutes les notions scientifiques et pratiques dont peuvent bénéficier les armées de terre et de mer, n'ont pas manqué de déléguer ici leurs représentants. Nous les remercions de leur précieux concours.

« Je veux aussi saluer les délégués des sociétés neuro-psychiatriques de France :

« Société Médico-Psychologique ;

« Société de Neurologie de Paris ;

« Société de Psychiatrie et Société de Médecine mentale ;

« Société de Médecine légale.

« Notre Congrès a toujours été et doit demeurer le terrain où toutes les écoles, tous les groupements trouvent plaisir et profit à fusionner. Rien ne saurait le remplacer. Il est l'occasion opportune d'ouvrir des cloisons étanches qui, trop souvent, bornent les horizons du progrès.

« En faisant vivre côte à côte, pendant quelques jours par an, les travailleurs de la psychiatrie et de la neurologie, en leur faisant partager, non seulement les heures de labeur, mais aussi celles des délassements, il crée une atmosphère de concorde avenante où sont vite dissipés les nuages équivoques d'où naît parfois l'orage d'un dissentiment.

« Ceux d'entre nous — ils ne sont, hélas ! plus nombreux — qui, pendant un quart de siècle, ont pérégriné fidèlement pour suivre nos sessions, connaissent le charme et les avantages des agréables relations, des amitiés même engendrées par une semaine annuelle de collaboration familière, de libres conversations, d'échanges d'idées, tour à tour sérieuses et joyeuses, dans les cadres les plus variés et les plus attrayants.

« Car ce Congrès a une qualité bien française : il travaille en conservant le sourire.

« Et quand, quittant son sol natal, il pénètre, de temps en temps, en pays étranger, un nouveau lien resserre encore tous ses adhérents : le commun désir de répandre la moisson scientifique de la France.

« A cette œuvre, vous êtes conviés aujourd'hui, où s'inaugure à Luxembourg la xxve Session du Congrès des Aliénistes et Neurologistes de France et des pays de langue française. »

Mesdames, Messieurs,

La tradition veut qu'au début de chaque sessiou, dans la séance inaugurale, le Président traite un sujet de son choix.

J'ai pensé qu'à l'approche des travaux qui nous attendent, vous me sauriez gré de ne point aborder, dès ce matin, un problème sévère.

Et, à l'égard des hôtes qui nous font l'honneur d'assister à cette séauce — des dames surtout dont le charme rend notre gravité plus souriante — ne doit-on pas, par courtoisie, écarter les questions trop techniques ?

Il m'a paru que le voile du passé atténuerait l'aridité d'un thème psychiatrique, que dans l'histoire, la légende même, il y avait matière à plus d'une réflexion pour l'aliéniste et le neurologiste, comme pour tout esprit curieux de comparer hier avec aujourd'hui.

Un regard en arrière n'ajoute sans doute pas grand'chose à la science ; mais il est parfois instructif sans se montrer déplaisant.

C'est pourquoi je me permets de vous ramener au temps de l'Antiquité hellénique, car je vais vous parler de l'Oracle de Delphes et de son instrument, la *Pythie.*

LA PYTHIE DE DELPHES

« Entre la Béotie et l'Attique, au pays de Phocide, à égale distance du Levant « et du Couchant, juste au milieu du monde, se dresse le mont Parnasse, consacré « à Apollon et au bienfaisant Bacchus. »

Ainsi parle Lucain.

Au pied du mont vénéré, dominé par les Roches Phœdriades, une ville très ancieune avait reçu le nom de Pytho, qui veut dire « la Putréfiée », parce qu'elle était entourée de sources et de marécages, repaire supposé du légendaire serpent Pythou.

C'est de là que la Pytbie aurait tiré son nom.

Sur l'emplacement de la ville de Pytho, devait s'élever plus tard celle de Delpbes — « au nombril de la terre » dit Pindare. C'était, en effet, à peu près le centre de la Grèce ; ce fut, à coup sûr, pendant plusieurs siècles, le vrai centre religieux et moral du monde antique.

Dans l'barmonieux amphithéâtre formé par les derniers contreforts du Parnasse, naquit l'oracle, du mariage d'une source avec un berger, grâce à la merveilleuse entremise d'une chèvre.

Tel est, du moins, le mythe que nous a transmis Diodore de Sicile.

Il raconte, en effet, que longtemps avant la foudation de la ville de Delphes, on voyait, sur son futur emplacement, un gouffre où bouillonnait la source de Castalie, et d'où s'échappaient des vapeurs singulières.

Quand les chèvres d'alentour s'en approchaient, elles se prenaient aussitôt à bondir en poussant des bêlements inhabituels.

Intrigué, un berger, nommé Corétas, se pencha un jour vers le gouffre, et, soudain, perdant la maîtrise de lui-même, se mit à proférer des paroles incoercihles, que l'on crut inspirées par un souffle prophétique, car il arriva que quelques-unes de ses prédictions furent réalisées.

Bientôt, des environs, les habitants accoururent en foule, avides d'éprouver la mystérieuse influence du lieu. Plusieurs tombèrent à leur tour dans des transports prophétiques.

« Pendant quelque temps, ajoute Diodore de Sicile, ceux qui voulaient « connaître l'avenir se penchaient vers le gouffre et se communiquaient les oracles « qui leur étaient inspirés. Mais comme, par la suite, plusieurs s'étaient précipités « dans l'abîme et qu'ils avaient disparu, les habitants de l'endroit, pour prévenir « de pareils accidents, instituèrent comme unique prophétesse, une femme qui « rendait les oracles. On construisit pour elle une machine sur laquelle elle montait « sans danger pour recevoir les inspirations et répondre à ceux qui l'interrogeaient. « Cette machine reposait sur trois pieds : de là son nom de *trépied.* »

Cette légende, rapportée aussi par Pausanias et par Plutarque, préside à la naissance de la mantique delphienne.

Elle n'aurait que l'intérêt d'une curiosité rétrospective, si elle ne nous révélait que, aux temps pélasgiques, on retrouve la trace d'un désordre mental fréquent dans l'histoire des religions.

Car le berger Corétas ne fut qu'un prophétomane, et, selon la règle, fit éclore autour de lui une épidémie de prophétomanie.

« Le choix des exemples propres à caractériser ce triste état maladif, dit Calmeil, peut seul causer quelque embarras. »

En voici deux, parmi tant d'autres, et qui ne sont pas très vieux :

Vers 1680, une dame du Dauphiné réussit à transmettre la faculté prophétique à plus de trois cents personnes, et, suivant Brueys, « s'il n'y eût été promptement remédié, dans peu il n'y aurait pas un seul homme qui ne fût devenu prophète. »

En 1700, dans les Cévennes, « j'ai vu, dit le maréchal de Villars, une ville entière où toutes les femmes et les filles paraissaient possédées du diable. Elles tremblaient et prophétisaient publiquement dans les rues. »

Les sectes des Manichéens, des Anabaptistes, des Méthodistes, ont fourni un contingent exceptionnel de prophétomanes.

De nos jours et dans nos pays, une prophylaxie mentale bien entendue arrête en général l'extension des épidémies prophétiques.

Mais on trouve encore des cas sporadiques dans les asiles, plus souvent même au dehors, se manifestant par un délire, où les idées mystiques et les idées de possession, nuancées parfois de mégalomanie, ont coutume de déborder en flot logorrhéique, ce dont beaucoup de gens se laissent impressionner.

Le berger Corétas, et ceux qui vaticinèrent autour du gouffre de Castalie, sont bien les ancêtres des prophétomanes des siècles derniers, les formes ataviques de nos spirites et de nos somnambules.

A vrai dire, ce pâtre phocéen, quelle que fut l'exubérance de ses transports, n'eût pas suffi à accréditer ses prédictions, si, dès les temps les plus reculés, une croyance, répandue dans toute la Grèce, n'avait attribué à certaines sources la vertu d'inspirer le souffle prophétique.

Ce pouvoir mystérieux était l'œuvre des Nymphes, dont le Parnasse passait pour le séjour préféré.

Furent-elles déesses ou bien mortelles ? Là-dessus les avis sont partagés.

Si Homère les appelle « filles de Zeus », un scholiaste de Théocrite les assimile à des « démons » possédant une suhstance corporelle, et Pausanias affirme que « capahles de vivre de longues années, elles sont, néanmoins, sujettes à la mort. »

On les compare volontiers aux fées des pays gaëliques qui hantèrent plus tard les fontaines et les forêts de la Gaule.

Et qui sait si la séduisante Mélusine n'était pas une descendante des nymphes de Telphuse et de Castalie, attirée vers Lutzelhourg par la fraîcheur des eaux de l'Alzette ?...

Au demeurant, les Nymphes helléniques furent tout simplement les sorcières de l'Antiquité, sujettes aux mêmes trouhles nerveux et mentaux que nos sorcières du Moyen-Age, tour à tour convulsionnaires ou extatiques, selon le mode de leur hystérie, et toujours délirant d'abondance à la moindre question qu'on leur posait.

C'était bien l'avis d'Origène, qui croyait, en hon chrétien, que toutes ces frénésies antiques étaient causées par des démons ; il se trouvait sur ce point en plein accord avec un scholiaste très païen d'Aristophane.

Et il est hien vrai que la possession par les nymphes, que les Grecs nommaient *nympholepsie*, ne diffère en rien de celle des démoniaques qui prirent leur succession quelques siècles après.

Pouvait-il en être autrement, les mêmes désordres psychonévropathiques ne pouvant s'exprimer que par les mêmes extravagances ?

Mais les poètes ont révêtu les nymphes d'une rohe d'allégorie, qui dissimula longtemps leur nature humaine entachée de maladie.

Gardons-nous de déchirer le voile aimahle des fictions. Contentons-nous de retenir que le herger Corétas et ses imitateurs, soit spontanément, soit contaminés par des sorcières parnassiennes, furent victimes d'un délire bruyant de possession et de prophétomanie, qui devait avoir des conséquences incalculahles pour le monde antique.

* * *

Le culte des nymphes prophétogènes, si tant est qu'il fut réglementé, n'a pas tardé à être supplanté par celui d'un dieu de plus haute euvergure, Dionysos, fils de Gæa, la Terre, et dont la nourrice fut, dit-on, une Hyade, portant aussi le nom de Pytho.

On montrait à Delphes le tomheau du dieu, sous l'Omphalos, près du trépied fatidique, et, sur un des frontons du temple, il était représenté, entouré de ses servantes, les Ménades, conduisant leurs danses échevelées.

Nulle divinité ne pouvait mieux favoriser les agitations prophétiques.

Dionysos, qui se confond avec Bacchus, n'est pas seulement le générateur de l'ivresse, c'est le dispensateur de l'*enthousiasme,* ce désarroi mental qui déclanche les réactions exubérantes.

Etymologiquement, le mot signifie : « pénétration par le souffle divin ».

Il implique donc l'idée de possession.

Quand sur les flancs du Parnasse, le souffle enthousiastique de Dionysos avait frôlé celles que le dieu entendait posséder — ses Ménades — on les voyait, les cheveux au vent, les vêtements en désordre, agitant les thyrses, frappant les cymhales et les tympanons, mener des farandoles étourdissantes — antiques sorcières d'un antique sahhat.

C'était une danse effrénée, des gesticulations extravagantes, une déhauche de postures hizarres et d'attitudes convulsées, dont les artistes de l'antiquité nous ont laissé des instantanés admirahles sur les vases peints ou les has-reliefs.

Et ces transports furihonds se terminaient souvent par des scènes de carnage où les poignards des possédées divines lacéraient les victimes destinées aux sacrifices, quelquefois aussi les assistants.

Au milieu de leurs déhordements, Ménades et Thyades, inspirées par Dionysos, proféraient des paroles incohérentes où l'on s'efforçait de découvrir des prophéties.

A Rome, les prêtresses de Bacchus ne se comportèrent pas autrement. L'une d'elles, Paucula Annia, fut la grande propagatrice des fureurs sacrées. Ses adeptes devinrent si nomhreux qu'au dire de Tite Live, ils formaient presque un peuple, — *jam prope populum*.

Ces réminiscences antiques nous conduisent à envisager la nature maladive de certaines chorégraphies. Qu'il s'agisse des Ménades helléniques, des Curêtes ou des Coryhantes, des prêtres Saliens ou des Bacchanales de la latinité, du mal de Saint-Jean ou des danses de Saint-Guy au Moyen-Age, du Tarentisme de la Pouille au XVe siècle, des bondissements des Cicètes et des Jumpers aux XVIIe et XVIIIe siècles, des Derviches, des Aissaouas, des féticheurs de l'Afrique ou de l'Australie, — nul ne peut contester qu'il existe un trouhle psychonévropathique, constitué par un délire expansif, s'extériorisant par des paroles ominales et des gestes cadencés, d'une contagiosité singulière, et qu'à juste titre nos anciens aliénistes ont appelé *choréomanie*.

Ainsi, la danse qui prétend avec raison figurer au nombre des arts, peut, si elle dépasse la mesure, verser dans la pathologie grégaire, et c'est précisément la nature morhide de ces manifestations chorégraphiques qui leur imprime les mêmes caractères à tous les âges et dans tous les pays.

Mais comment expliquer que ces dévergondages moteurs s'astreignent cependant à la loi d'un rythme ?

Tout naturellement, si l'on considère que les actes rythmiques sont un des modes d'expression de l'automatisme et que la volonté n'a rien à voir dans leur exécution.

Une maladie, dont les méfaits sont d'actualité, l'encéphalite épidémique, compte, parmi ses multiples manifestations, des mouvements involontaires dout le caractère essentiel est de se reproduire avec une cadence régulière.

On peut admettre, avec M. Sicard, que cette particularité est l'indice d'une lésion frappant certains centres mésencéphaliques qui président à la rythmicité. Ici, il s'agit d'une cause irritative stimulant directement les centres en question.

Le résultat sera sensihlement le même, si ces centres sont privés de leurs connexions avec l'écorce céréhrale, frénatrice et régulatrice, ou si l'action de cette dernière est temporairement inhihée.

Chez les choréomanes, sous l'influence d'une idée mystique prévalente, le contrôle cortical venant à faire défaut, les gestes ne sont plus commandés que par les centres secondaires de l'automatisme et tendent à se répéter rythmiquement.

Si hien que, pour employer un vocahle cher à nos confrères anglais, ces danseurs-là se comportent comme des *décérébrés*...

En tous cas, il est iucontestahle que les gestes cadencés sont le témoignage d'un déficit céréhral, soit permanent comme chez certains idiots, soit passager comme chez les fanatiques de la danse.

Bien entendu, je ne parle que des chorées rythmiques du passé, car, pour ce qui est du présent, je me suis laissé dire que les danses à la mode exigent au contraire l'intervention constante d'un effort de calcul mental d'ordre assez élevé.

Mais revenons aux divines fureurs de Dionysos.

Ce dieu ne fut pas seulement un impétueux maître de danse, mais aussi un professeur émérite en l'art de prédire les leudemains, au milieu d'un grand appareil de gestes désordonnés.

Il savait, en effet, pénétrer ses fidèles d'une inspiration à laquelle les Grecs ont donné un nom, dont les aliénistes se sont emparés.

Je veux parler de la *Mania*, ce trouble mental singulier que les anciens considéraient comme étant d'origine divine, et qui se manifestait, tantôt par la faculté prophétique, tantôt par l'exaltation poétique ou musicale.

Je laisse à vos méditations le soin de décider si les poètes doivent être encore assimilés aux prophètes.

Platon affirme qu'un poète reste stérile tant qu'il n'a pas perdu la raison. Bien plus, il croit aussi que la contemplation philosophique est une des formes de la Mania.

Heureusement pour les philosophes de nos jours, *Mania* est un vocable grec qui ne saurait s'appliquer à eux.

Ecoutez bien ce que dit Platon :

« C'est par l'intermédiaire de la Mania que le dieu a donné le pouvoir divi-
« natoire à la démence humaine, car nul, s'il possède ses esprits, ne s'illumine de
« l'inspiration du dieu, prophétique et véridique, mais seulement si le sommeil a
« enchaîné la force de sa raison, ou bien s'il est égaré par la maladie, ou par un
« certain enthousiasme. »

En empruntant au grec le mot de *Manie*, les aliénistes en ont restreint le sens. Car dans la Mania de Platon ne figure pas seulement l'agitation maniaque, mais les idées de possession, la prophétomanie, les délires infectieux et jusqu'à l'onirisme.

Tout cela était l'œuvre de Dionysos le Tumultueux.

Mais un dieu plus solennel, venant des rives d'Ionie, allait conquérir le Parnasse, capter les sources prophétiques, réglementer les ardeurs des Ménades, prendre en main la distribution des oracles, et faire oublier bientôt les cultes archaïques des Nymphes de Thémis, de Gæa, jusqu'au souvenir du turbulent Dionysos.

C'est entre le VIIIe et le VIIe siècles avant notre ère qu'Apollon pénétra en Phocide et s'implanta dans ce sanctuaire de Delphes où il ne devait pas tarder à parler en maître, avec l'autorité que l'on sait. Ses prêtres, loin de s'attaquer aux rites dionysiaques, trouvèrent plus expédient de se les approprier ; ils codifièrent, pour leur usage, la divination enthousiaste, et devinrent bientôt les seuls dispensateurs des prédictions qui, jadis, s'épanchaient en pleius champs ou dans les rondes capricieuses des Ménades.

Ainsi, d'une épidémie de prophétomanie rustique, aggravée par la suite de choréomanie, naquit la mantique apollinienne, qui fonctionnait encore au IIIe siècle de l'ère chrétienne.

Sur les vestiges de l'antique Pytho, un temple s'édifia, qui devint le plus beau du monde, entouré d'une ville immense, où affluaient les émissaires de tous les Etats, soucieux de connaître les volontés du dieu qui-lance-au-loin-ses-traits.

Pour exprimer les ordres divins, une femme fut choisie, sans doute par tradition, et aussi parce que la femme se montre à la fois plus suggestible et plus apte à frapper, par ses paroles et par ses gestes, l'imagination des consultants.

Ce fut la *Pythie*, Ménade assagie et assermentée, dont la névrose soigneusement entrenue et canalisée par les prêtres de Delphes, devint entre leurs mains une force redoutable.

Voici ce que nous savons d'elle et de ceux dont elle fut l'instrument :

Les premières conditions que devait remplir la Pythie étaient la jeunesse et la virginité. Si, d'aventure, elle venait à pécher, on la révoquait aussitôt, mais elle n'était pas condamnée, comme les Vestales romaines, à être brûlée vive.

Pendant un certain temps, on employa des femmes plus âgées, astreintes elles aussi, à la continence ; on essaya mêmes des veuves : l'expérience fut désastreuse. Il fallut revenir aux jeunes Pythies.

Elles étaient toujours recrutées dans les familles de Delphes, et la ville se montrait fort jalouse de ce privilège.

A l'origine, les candidates au trépied n'étaient pas dénuées d'instruction.

Une des plus célèbres Pythies, nommée Phémonoé, aurait même fait preuve d'un talent de versification très appréciable pour la rédaction des oracles ; toutefois, son caractère irascible causa des mécomptes.

Aussi, par la suite, les prêtres de Delphes choisirent-ils leurs pythonisses parmi des jeunes filles de condition modeste, presque incultes, peut-être même légèrement débiles, et, partant, d'une plasticité mentale qui favorisait leurs desseins.

On dit pourtant que Pythagore aurait été éduqué par une Pythie, nommée Themistoclea ou Aristokleia, qui discutait avec lui les grands problèmes philosophiques. Mais c'est sans doute le nom même de Pythagore qui fit inventer cette fable.

Au temps le plus brillant de l'oracle, deux Pythies étaient en exercice ; elles fonctionnaient à tour de rôle, et même une Pythie suppléante était prête à parer à toute éventualité, tant était grande la prévoyance des organisateurs du culte delphien.

Sur la constitution même du sacerdoce, nous n'avons que peu de renseignements, Pausanias ayant cru devoir garder là-dessus le silence, parce que, dit-il, « un songe lui a défendu d'en parler ».

Bouché-Leclercq, à qui il faut toujours s'en référer en matière de divination, croit que les grands prêtres étaient au nombre de deux, avec une sorte d'intendant portant le nom de *prostate du sanctuaire*, et un gardien du matériel, ou *neocore*.

D'autres prêtres, nommés *Hosioi*, au nombre de cinq, « assistaient, dit Plutarque, les devins en beaucoup de choses dans les exercices du culte ». C'étaient, paraît-il, des descendants de Deucalion.

Il y avait enfin des *prêtres-prophètes*, dont le ministère était de la plus haute importance, car ils étaient chargés d'extraire les oracles des paroles confuses proférées par la Pythie.

Au début, celle-ci ne prophétisait qu'une fois par an, le septième jour du mois de Bysios, jour de la naissance d'Apollon ; mais devant l'affluence des consultants, il fallut organiser des prédictions mensuelles.

Les prêtres se réservèrent d'ailleurs le droit de refuser une consultation. Ils trouvaient pour cela maints prétextes ; d'abord quand les offrandes — j'allais dire les honoraires — ne leur paraissaient pas suffisantes, ou bien si les entrailles des animaux sacrifiés ne se comportaient pas congrûment, enfin parce que, disaient-ils, la Pythie n'était pas en état de prophétiser.

Ces jours-là, l'oracle faisait relâche.

Il arriva parfois que la Pythie, qui était femme, et certainement hystérique — nous en aurons bientôt la preuve — prit un malin plaisir à contrecarrer les projets de ses directeurs.

Plutarque, à ce propos, rapporte cctte aventure :

Une certaine Pythie, d'humeur rétive, refusa un jour de communiquer avec le dieu. Elle se débattit avec rage, renversa le trépied sacré et, « poussant des cris « terribles, se précipita vers la sortie du temple, mettant en fuite non seulement « les consultants, mais le prophète Nicandre lui-même et tous ceux des Hosioi qui « se trouvaient présents ».

Après ce hel exploit, elle tomha, selon la règle, sans connaissance ; du reste, peu de temps après, elle revint à elle, et se comporta comme si rien ne s'était passé.

Mais les prêtres ne lui pardonuèrent pas cette incartade, et, ajoute l'historien, « elle mourut au hout de peu de jours ».

Il le fallait, pour le crédit d'oracle de Delphes.

Les incidents de ce genre ne durent pas être très fréquents, car les prêtres s'entendaient à dresser leurs pythonisses. Ils étaient hien arrivés à résoudre ce prohlème de faire se dérouler une attaque d'hystérie sur un siège à trois pieds...

En vérité, le temple d'Apollon fut un merveilleux centre d'hystériculture.

De fait, le père des Muses était à la fois devin et médecin, ἰατρομάντις, et ses ministres, ainsi que les Cabires, les Curètes, et d'ailleurs presque tous les prêtres de l'Antiquité, exerçaient en même temps la divination et la médecine.

Une inscription, conservée au musée du Louvre, nous apprend que l'oracle de Delphes avait désigné un prêtre nommé Démon, parent de Démosthène, pour diriger l'Asclépeion d'Athènes, un des centres de guérisons miraculeuses les plus fameux de l'Antiquité.

Comme on pouvait s'y attendre, les médecins-devins obtenaient leurs plus grands succès dans la cure des affections névropathiques. Hippocrate rapporte que les jeunes filles atteintes d'accidents nerveux ne manquaient jamais de les consulter.

Toutefois, il ne semhle pas que l'oracle de Delphes se soit heaucoup occupé de thérapeutique. Il avait des soucis plus haut placés. N'était-il pas le conseiller du monde ?

Mais, à l'égard de la Pythie, les ministres d'Apollon ne négligèrent rien des circonstances physiologiques et pathologiques capahles de faciliter le jeu de leur instrument.

En fixant la reddition des oracles à des intervalles d'un mois, ou plus exactement d'une lune, on peut croire qu'ils avaient remarqué que, chez la femme, les phénomènes névropathiques ont tendance à s'exaspérer à certaines époques régulières.

Une préparation méthodique favorisait l'exaltation.

Trois jours avant la date fatidique, commençaient les prières et les invocations. Le sanctuaire était en rumeur. On y disposait toutes choses pour frapper l'imagination des consultants.

La Pythie qui assistait, dans l'arrière-temple, à ce remue-ménage sacré, était vivement suggestionnée par l'approche d'un spectacle où elle savait qu'elle devait jouer le premier rôle.

Pendant ces trois jours, où elle ne cessait de conjurer le dieu pour qu'il la pénétrât de son souffle, elle était condamnée à un jeûne rigoureux. Et l'on sait qu'en déhilitant le corps, le jeûne favorise l'exaltation de l'esprit. Il fut de pratique courante dans toutes les sectes religieuses où éclatèrent des épidémies de prophétomanie.

La Pythie prenait aussi des hains quotidiens dans les fontaines consacrées et buvait à satiété leur eau prophétique.

Enfin, on lui faisait mâcher sans trêve des feuilles de laurier, lequel, depuis la légende de Daphné, était consacré à Apollon et passait pour ne jamais être frappé de la foudre.

Je ne sais quelles sout les vertus stimulantes du laurier d'Apollon — qui n'est autre que notre laurier à jambon — toujours est-il que les anciens le considéraient comme une panacée et qu'ils en couronnaient les vainqueurs dans les joutes du corps et de l'esprit. Il jouit encore aujourd'hui de quelque prestige, puisque la première ambition de notre jeunesse est de conquérir des *baccalauréats*.

Ainsi, grâce à une diète sévère, une halnéation intensive, une médication éprouvée, grâce à l'action propitiatoire des incessantes oraisons, les prêtres de Delphes, hypnotiseurs très avertis, préparaient l'éclosion d'un désordre nerveux chez une jeune fille choisie pour sa suggestibilité particulière.

Mais j'ai hâte d'en venir à la cérémonie même où se rendaient les oracles.

Reteuez, je vous prie, que les termes dont je me servirai pour la décrire, ont tous été puisés dans les auteurs anciens et traduits mot à mot.

* * *

Le grand jour est arrivé, le jour où le divin Apollon va, par la houche de sa pythonisse, faire connaître sa volonté inflexible.

Dans le temple, tout de marhre, étincelant des offrandes du monde entier, se presse la foule des cousultants, des pèlerins et des curieux.

Une longue attente, un émouvant silence, tandis qu'en secret se font les dernières purifications.

Soudain, dans le demi-jour de l'adyton, voici paraître la Pythie, vêtue du costume pompeux d'Apollon musagète et tenant à la main une branche du laurier consacré.

Regardez-la... On dirait qu'elle hésite... qu'elle a peur... Elle semhle n'avancer que contre son gré (ἀκουσια κἄι ἀπρόδυμος).

En vérité, n'est-elle pas en état de somnamhulisme ? Les prêtres delphiens sont de si habiles magnétiseurs !...

Cependant, comme une automate, la Pytbie se dirige vers le trépied fatidique, s'y asseoit, les jambes écartées, et... attend...

Un frisson la saisit : c'est le dieu qui s'approche — *deus, ecce deus !* — Son souffle l'a frôlée ; il l'enveloppe, la pénètre « par ses plus secrètes parties » ; il la possède enfin, car la Pytbie est une succuhe d'Apollon.

Alors, se déroule la crise qui, aux yeux des anciens, était un indice certain de la divine Mania, et où l'on reconnaît sans peine une grande attaque d'hystérie.

Un long cri — le cri initial — étrange, impressionnant, suivi de soupirs, de sanglots, de murmures.

Puis, oppressée, haletante, la Pytbie pousse encore, de temps à autre, de longs burlements. Son visage, tantôt se colore, et tantôt hlémit ; il passe de la rougeur du feu à la lividité de la peur... Elle roule des yeux furihonds, qui se convulsent vers le ciel ; une écume sort de sa houche.

Ce n'est pas moi, c'est Lucain qui parle... Je vous fais grâce du texte.

Et bientôt commence la pbase convulsive ou, comme nous disions du temps de Cbarcot, la période des grands mouvements, celle qui terrifie le vulgaire.

Cheveux épars, vêtements défaits, hurlant, se débattant, la Pythie est redevenue Ménade. Sa tête, ses membres, son corps entier, sont en proie à uue agitation désordonnée, « pareille, dit Plutarque, à celle des flots soulevés par la la tempête ».

Cependant, peu à peu, les convulsions s'apaisent, et c'est alors que la Pythie commence à proférer des sons articulés.

D'une voix brisée, rauque, elle laisse échapper — comme à regret — des mots sans suite, des lambeaux de phrases, interrompus par de brusques arrêts ou de longues hésitations.

Elle dépeignait ainsi, croyait-on, les visions envoyées par le dieu et exhalait les paroles que celui-ci lui soufflait — hallucinations visuelles et auditives, penserons-nous — qui se réflétaient aussi sur son visage, « tantôt épouvanté et tantôt menaçant ».

Mais qui sait, si dans le secret du sanctuaire, les prêtres n'avaient pas suggéré à l'avance les propos fatidiques que leur docile médium ânonnait ensuite publiquemeut ?...

Finalement, un long soupir annonçait que la Pythie avait terminé son rôle.

La crise était finie. L'oracle était rendu.

Il restait encore à le rédiger ; c'était la mission des prêtres-prophètes. Et ils devaient pour cela faire usage de la langue d'Apollon, c'est-à-dire la poésie. Toutes les prédictions étaient donc mises en vers.

On dit bien que la docte Phémonoé improvisait ses vaticinations en hexamètres. Mais Plutarque — qui écrivit tout un traité iutitulé : « Pourquoi la Pythie ue rend plus ses oracles en vers » — Plutarquc nous explique que, du jour où la prophétesse fut recrutée parmi des jeunes filles sans instruction, les prêtres se chargèrent de versifier ses paroles.

Nous nous en serions douté ; cette façon d'opérer offrait de si grands avantages...

Et cependant, il n'y aurait pas lieu d'être surpris que la langue cadencée eut été parlée spontanément par des Pythies incultes. Rien n'est plus fréquent que l'emploi, par certains vésaniques, mystiques et prophétisants, d'un langage rythmé, dont les lambeaux se terminent de nos jours par des assonnances.

Je me souviens d'une aliénée de la Salpêtrière dont les idées délirantes s'exprimaient en vers, de qualité médiocre assurément, mais d'une exceptionnelle abondance. Cette femme, qui savait à peine lire, eût fait une Pythie de premier ordre.

Au surplus, le rythme appartient à la poésie comme à la danse, et les paroles cadencées ne sont parfois que des expressions de l'automatisme.

Admirons que les anciens aient appliqué le même vocable aux poètes et aux devius : *vates*. Et rendons encore une fois hommage au divin Platon ; car ses idées sur la Mauia se trouvent confirmées par les observations des psychiatres.

* * *

Par le travail d'exégèse auquel je me suis livré et dont je me suis permis de vous apporter la primeur, il semble suffisamment prouvé que la Pythie de Delphes était une hystérique, au sens que l'on donnait à ce mot du temps de Charcot.

Charcot lui-même, à qui j'avais fait part de mes premières recherches, peu de temps avant sa mort, m'avait encouragé à les poursuivre, y voyant une nouvelle confirmation de l'unité des manifestations hystériques à travers les âges.

Mais, depuis lors, une révolution s'est produite dans l'histoire de l'hystérie.

M. Babinski, avec un beau courage scientifique, n'a pas craint de brûler les dieux qu'il avait naguère adorés.

En montrant que la plupart des troubles dits hystériques, les prétendus stigmates notamment, n'étaient que des produits de la suggestion, il a contribué à

restreindre les méfaits de la grande névrose. Et l'on peut affirmer que si l'hystérie traditionnelle avait été encore en faveur pendant la guerre, nous aurions été submergés par le flot des paralytiques, des contracturés, des muets, des aveugles, qui ne manque jamais de déborder aux époques des grands bouleversements historiques ou religieux.

Nul n'est donc plus convaincu que moi de l'importance qu'il y avait à débarrasser l'hystérie d'une foule d'adjonctions parasites, dont la plupart appartiennent à cet état psychopathique auquel M. Dupré a donné le joli nom de mythomanie.

En particulier, je n'ignore pas que, dans la description des grandes attaques de la Salpêtrière, il y avait une large part de schématisation nosographique.

Mais comment expliquer que ces manifestations convulsives se répètent à plusieurs siècles de distance, et dans tous les points du globe, sous une forme identique, qui semble préétablie ?

Pourquoi retrouvons-nous les mêmes désordres moteurs chez les Ménades de Dionysos, les pythonisses d'Apollon, les prêtresses des Bacchanales romaines, les démonopathes du Moyen-Age, les convulsionnaires de Saint-Médard, voire même les féticheurs nègres ?

Et pourquoi les grandes hystériques contemporaines se comportent-elles semblablement ?

Il ne viendra à l'idée de personne que ce rite névropathique immuable, franchissant tous les obstacles de l'histoire et de la géographie, ait pu se propager à travers les âges et à travers le monde, par les seuls effets de la suggestion, de la simulation, ou de l'imitation.

Une loi de physiopathologie, inhérente à la nature humaine, peut seule expliquer l'identité de ces réactions physiques, éternelles et universelles.

Mais quelle est cette loi ?

La même, sans doute, que celle qui préside au déclanchement et à la propagation de tous les réflexes convulsifs, à commencer par le rire, cette petite attaque de nerfs qui, en grandissant, donne jusqu'à l'image de la folie, le fou rire.

Aussi bien, le rire pathologique peut nous éclairer.

A la suite d'une lésion des noyaux gris centraux ou d'une interruption de leurs connexions corticales, on voit souvent éclater des crises de rire ou de sanglots spasmodiques, dans lesquelles, en dépit d'un apparent désordre, il est possible de repérer les étapes sucessives, toujours les mêmes, du processus convulsif.

Stimulés l'un après l'autre, les noyaux, étagés dans le névraxe, mettent en branle du haut en bas tous les muscles de l'économie : la face se contracte, les épaules se soulèvent et s'abaissent, le tronc se fléchit et se redresse, la respiration devient saccadée, les bras, les jambes se replient, puis se détendent ; la tonicité des sphincters eux-mêmes est souvent vaincue.

La succession de ces phénomènes est en corrélation évidente avec une disposition anatomique, la même chez tous les sujets.

Eh bien ! le même mécanisme physiologique eutre en jeu dans les crises névropathiques.

Au lieu d'une lésion accidentelle, supprimant les interventions corticales frénatrices, comme c'est le cas chez les pseudo-bulbaires, une éclipse passagère du contrôle inhibiteur peut se produire sous l'influence d'une idée dominatrice, privant tous les centres réflexes de leur modérateur habituel.

Dès lors, quand une incitation, d'où qu'elle vienne — lueur, souffle ou bruit — ébranle les premiers noyaux du névraxe, cette incitation se propage du haut en bas.

La crise se déclanche et se propage, chaînon par chaînon.

D'abord, ceux de la région bulbo-protubérantielle :

Les moteurs oculaires qui convulsent affreusement les yeux ;

Le masticateur qui fait grincer les dents ;

Le facial qui dessine le masque grimaçant des possédés ;

L'hypoglosse qui projette au dehors la langue démoniaque.

A côté, et au-dessous, les noyaux du glosso-pharyngien, du spinal, des laryngés, du phrénique, font exploser à leur tour, les cris rauques et les balètements.

Puis, plus bas, à tous ses étages, l'axe gris transmet des ordres convulsifs, qui s'expriment par le cou hystérique, l'arc de cercle, le ballonnement du ventre, les torsions et les brusques détentes des mains, des bras, des jambes et des pieds.

Le sympathique lui-même ne reste pas indifférent et déchaîne des poussées vaso-motrices, les larmes, la sueur, la salivation et l'écume aux lèvres.

Ainsi les manifestations motrices de l'attaque d'hystérie, subordonnées à un déficit mental préalable, suivent une marche dirigée par un dispositif anatomique qui est le même, et a les mêmes attributions physiologiques, chez tous les individus.

Par là s'explique la similitude de ces accidents névropathiques, à travers tous les âges et dans tous les pays.

Et ceci n'est nullement en contradiction avec la doctrine du pithiatisme, ni avec l'idée que les phénomènes hystériques sont en premier chef d'origine mentale.

* * *

Un dernier mot sur les oracles de Delphes.

Leur ambiguité est restée proverbiale. Les anciens eux-mêmes se permirent de la critiquer. Témoin cette apostrophe assez irrévérencieuse de Lucien :

« Tu as bien raison, Apollon, de louer ceux qui parlent clairement ; seule-
« ment tu ne le fais guère dans tes oracles qui sont toujours entortillés comme
« des logogriphes, et dans lesquels tu jettes comme sur un champ de bataille où
« tu ne risques rien, des choses si incertaines que ceux qui les entendent ont
« besoin d'un autre Apollon pythien pour se les faire expliquer. »

Il y avait, en effet, dans le voisinage du temple de Delphes, des sortes de commentateurs jurés, qui aidaient à dévoiler le sens caché des paroles prononcées par la Pythie.

Mais les prêtres delphiens, très circonspects, se gardaient toujours de s'aventurer, et, grâce à des équivoques, ils arrivaient à prédire l'avenir à coup sûr.

Nul doute, d'ailleurs, qu'ils se laissassent influencer par des considérations matérielles ou politiques.

La Pythie ne fut pas toujours incorruptible.

Pausanias rapporte que Cléomènes, roi de Lacédémone, ayant été détrôné par Démarate, séduisit à prix d'or la Pythie de Delphes, pour qu'elle persuadât aux Lacédémoniens de le rétablir sur son trône. Ce qui advint. « Mais il ne régna pas
« longtemps, car, dans un accès de folie subite, il se frappa de son épée, et —
« chose plus incroyable — se découpa tout le corps par morceaux. On reconnut
« là l'effet du courroux d'Apollon dont Cléomènes avait corrompu la prêtresse.

« Il est absolument le seul, ajoute Pausanias, qui ait eu l'audace de corrom-
« pre l'oracle. »

Croyons-en le vieil historien.

Cependant, l'administratiou de la mantique delphienne devint rapidement une institution politique très puissante, capable de déchaîner des guerres ou d'imposer la paix.

« Eh ! par Zeus, dit Xénophon, ce n'était pas le premier venu qui allait « cousulter les oracles, pour savoir s'il devait acheter un esclave ou se lancer dans « une entreprise ; mais des villes puissantes, des rois, des tyrans, envoyaient « prendre l'avis du dieu, et sur des affaires qui n'étaient pas de médiocre impor- « tance. »

C'est la Pythie qui s'opposa au percement de l'isthme de Corinthe, tenté par les Gnidiens.

« Il est vrai, dit encore Pausanias, que tous ceux qui voulurent faire une île « du Péloponèse, furent forcés de renoncer à ce projet, la nature pierreuse du sol « arrêtaut leurs efforts dès le début. C'est la seule entreprise qu'Alexandre-le- « Grand dut abandonner. »

L'oracle de Delphes alla jusqu'à ordonner des sacrifices humains.

Dans la guerre entre les Lacédémoniens et les Messeniens, ces derniers, se trouvant dans une situation périlleuse, consultèrent Apollon. Le dieu leur répondit : « Choisissez par le sort une vierge pure de la race d'Aegyptus ; sacrifiez-la pendant la nuit, et si elle prend la fuite, sacrifiez-en une autre qu'on viendra offrir volontairement. »

Le sort désigna la fille d'un certain Lyciscos ; mais celui-ci se hâta de s'enfuir avec son enfant. Alors Aristodème, un autre Aegyptide, offrit volontairement sa propre fille en sacrifice. Un jeune Messenien, son fiancé, tenta de sauver la victime, en disant que, par sa faute, elle serait bientôt mère. Ce qu'entendant, le père n'hésita pas à tuer sa fille et à lui ouvrir le ventre pour prouver la fausseté de l'accusation. Le fiancé eût subi le même sort si un homme sage, nommé Euphaès, ne fut parvenu à persuader au peuple que la mort de la fille d'Aristodème suffisait pour apaiser le dieu.

L'empereur Néron, ce vaniteux pervers — paranoïaque aussi persécuté que persécuteur, qui ne pouvait souffrir de n'être pas toujours le premier en tout — s'en prit à l'oracle de Delphes, jugeant qu'Apollon l'avait insulté. Il voulut détruire le temple, et l'oracle, et la Pythie. Mais il ne put y réussir.

Cependant, à la longue, sous les chocs répétés des invasions barbares, sous la poussée irrésistible du Christianisme, l'oracle périclita, et enfin disparut.

Aujourd'hui, sur les fondations du temple anéanti, on ne rencontre plus ni Nymphes, ni Ménades, ni Pythie...

Mais on voit encore, et l'on verra toujours, et partout, des crises d'hystérie, parce qu'elles sont, comme le rire, « le propre de l'homme », suivant le mot de Rabelais.

Reste à savoir pourquoi certains humains sont aptes aux réactions convulsives tandis que d'autres ne le sont pas ?... Mais ceci est encore le secret d'Apollon.

J'ai terminé, et je vous rends grâce pour l'attention dont vous avez bien voulu m'honorer.

TRAVAUX DU CONGRÈS

DISCUSSION DES RAPPORTS

PREMIER RAPPORT

LA CONSCIENCE DE L'ÉTAT MORBIDE CHEZ LES PSYCHOPATHES

Dr B.-J. LOGRE (de Paris), *Rapporteur.*

Résumé et Conclusions

Bien que son étude ne figure pas dans les traités de Médecine mentale, la conscience du pathologique n'en apparaît pas moins comme le symptôme primordial et le point culminant de la séméiologie psychiatrique.

I. — EXAMEN CLINIQUE. — Méthode de l' « autoconfrontation », mesurant le degré de l' « autocritique » (Dupré). Cette expérimentation clinique et la simple observation de l'attitude mentale du sujet devant ses symptômes, permettent de constater toute une série de *réactions*, directes ou indirectes, traduisant les innombrables variétés de forme et de degré que peut revêtir, selon le genre de la maladie ou les prédispositions du malade, la conscience du pathologique.

a) Réactions intellectuelles : Ignorance du symptôme, dissimulation plus ou moins intentionnelle, fabulation, explications erronées et interprétations délirantes; par exemple : Amnésie inconsciente (épilepsie), évasive (démence sénile), fabulante (Korsakoff, presbyophrénie), délirante (idées de préjudice sénile); insistons plus généralement sur l'*introspection délirante* (paranoïa introspective, symptomatique ou essentielle, avec idées d'influence).

b) Réactions affectives : Indifférence au symptôme (hébéphrénie), ou complaisance (hystérie), ennui, anxiété, impatience, irritabilité, dépression, pleurnicherie, préoccupations hypocondriaques, etc.; à noter, dans les perversions instinctives, l'absence des sentiments éthiques : remords, scrupule, honte, pudeur, pitié, etc.

c) Réactions volontaires : Dénégations, réticence, expansion confiante, exagération, simulation; moyens de défense d'ordre médical : lutte personnelle contre le symptôme ou recours à l'aliéniste (obsession), appel à la science, au magnétisme, à l'exorcisme, etc. (idées d'influence). Bref, la conscience du pathologique suscite toute une *séméiologie mentale,* vaste et nuancée, avec résonances psychopathiques multiples, qu'il faut savoir rechercher.

II. — Variétés symptomatiques. — En thèse générale :

a) Les *syndromes intellectuels* sont inconscients lorsque le *raisonnement* lui-même est atteint (par exemple : paranoïa, surtout interprétative, folie raisonnante; états de débilité, confusion, démence), ou lorsque l'*évidence sensorielle* est faussée (psychoses hallucinatoires, surtout hallucinations auditives, les plus idéatives). La critique peut au contraire juger, dans une certaine mesure, l'*imagination* (conscience spéciale, ambiguë, plus ou moins instable et reversible, du mythomane, de l'hystérique et même du délirant imaginatif). La critique peut encore mieux juger la *mémoire*. « Tout le monde se plaint de sa mémoire, personne ne se plaint de son jugement. » (La Rochefoucauld.)

b) Les *syndromes émotifs et affectifs* sont souvent conscients (cerveau bon juge du grand sympathique); d'autant plus conscients qu'ils sont plus pénibles ou plus spécialisés, d'autant moins qu'ils sont plus euphoriques ou plus généralisés (excitation généralisée, euphorique ou irritable, de la manie, peu consciente, quoique lucide; dépression généralisée de la mélancolie, partiellement consciente (mélancolie avec conscience), ou inconsciente (délire mélancolique); neurasthénie, péniblement consciente, avec introspection hypocondriaque, psychique et surtout physique; émotivité anxieuse, tendant à se localiser sur des obsessions-impulsions (conscience saine assiégée par l'automatisme rebelle, sens aigu et douloureux de la dissociation intra-psychique).

c) Les *syndromes volontaires* et *moteurs* sont très souvent conscients (cerveau psychique bon juge du cerveau moteur : tics, spasmes, impulsivités diverses), sauf quand l'intelligence est complice (délire d'action du revendicateur). Le dérèglement de l'*automatisme psycho-moteur*, à la fois conscient et volontaire, tend à s'imposer au malade comme une violation de sa liberté de pensée et de mouvement, une effraction de sa personnalité; d'où *idées d'influence*, par introspection délirante des états d'éréthisme psycho-moteur (excitation psycho-motrice de la manie; mentisme de l'asthénie ; impulsivité obsessive ; catatonie hébéphrénique, etc.).

Dans les *psychopathies organiques*, l'état de la conscience semble, jusqu'à un certain point, représentatif des altérations anatomiques et quelque peu à l'*image de la lésion*. Par exemple, dans les psychopathies traumatiques :

a) Les *atteintes cérébrales diffuses* (dont la forme la plus typique est la commotion) tendent à provoquer une *séméiologie psychique diffuse*, avec *inconscience du pathologique*, et même suppression de toute espèce de conscience (abolition totale de la vie psychique) : évanouissement immédiat des commotions; suspension de la vie psychique raisonnable et amnésique : fugue épileptique post-commotionnelle; abolition de la capacité de vivre dans le présent réel ; amnésie de fixation et fabulation paramnésique, inconscience de l'état morbide (Korsakoff traumatique, sans polynévrite), plus souvent encore, déficit de l'activité motrice générale : *Inertie* et *torpeur*, psychique et physique, des commotions intenses et récentes, malgré la relative lucidité de l'esprit. Par contre, les *syndromes pénibles* ou *douloureux* poste commotionnels (céphalée, vertige auriculaire, hyperesthésie sensorielle, asthénie nerveuse, déséquilibre sympathique, surémotivité, etc.), sont conscients : ils tendent à prédominer dans les commotions soit légères d'emblée, soit anciennes (syndrome dit des anciens trépanés).

b) Les *lésions circonscrites* des *zones cérébrales dites muettes* (sans signes de localisation psychique) comportent, d'ordinaire, une *séméiologie psychique diffuse*, mais *avec conscience du pathologique* (amnésie diffuse, troubles de l'humeur et du caractère, émotivité, aboulie et surtout asthénie, déficit chronique du potentiel nerveux).

c) *Les lésions circonscrites* d'unc *zone dite de localisation* psychique provoquent typiquement une *séméiologie psychique spécialisée,* avec *conscience plus ou moins complète du pathologique* (atteinte d'un stock spécialisé de notions apprises et d'habitudes psycho-motrices ; perte des adaptations et des techniques : langage, écriture, musique, etc., certaines formes de désorientation (P. Marie et Bébague). Bref, la conscience du patbologique ne représente pas seulement, pour le psychiatre, la confrontation, la balance *psycho-psychique* entre la conscience supérieure et le trouble morbide spécialisé , elle représente aussi, pour le neurologiste, la confrontation, la *balance anatomo-anatomique* entre la lésion, plus ou moins circonscrite, et l'ensemble, plus ou moins intact, du cortex : tout se passe, pourrait-on dire, comme si le cerveau sain jugeait le cerveau malade.

III — Valeur diagnostique. — Clef de voûte de l'état mental morbide, la conscience du pathologique permet, mieux qu'aucun autre symptôme, d'en saisir le plan et la structure. Quoi de plus caractéristique, en effet, que l'inconscience naïve du débile se félicitant de sa supériorité intellectuelle ? La conscience anxieuse de l'obsédé, luttant éperdument contre l'aliénation mentale qu'il sent grandir en lui, et dont il fait le diagnostic ? La conscience équivoque et mitigée du mythomane et de l'hystérique, sa duplicité vis-à-vis de lui-même et d'autrui ? Le cynisme du pervers ? L'euphorie expansive de l'bypomaniaque se considérant comme le modèle de la santé psychique ? La douleur morale accablée, le pessimisme bypocondriaque, le désespoir inébranlable du mélancolique ? L'inconscience automatique et l'amnésie totale consécutive de l'épileptique ? La certitude infrangible du paranoïaque, fort de sa logique ou de ses perceptions fausses ? L'indifférence affective de l'bébéphrénique à l'égard de désordres psycho-moteurs que son intelligence n'est cependant pas incapable de saisir ? L'amnésie évasive et radoteuse du dément sénile ? L'inconscience hypocondriaque et pleurnicbeuse ou irritable de l'artério-scléreux ? La conscience, parfois si perspicace et si pénible, du syphilitique cérébral, opposée à l'inconscience euphorique et absurde du paralytique général ? Enfin, la conscience vague et incertaine du confus, étonné perplexe, interrogateur, son onirisme mobile, variable, chaotique, éperdu, tumultueux, et toutes les nuances par lesquelles la conscicnce du patbologique peut contribuer au diagnostic des maladies toxi-infectieuses (psycho-diagnostic des intoxications et des infections) ?

IV. — Valeur pronostique. — L'inconscience du pathologique, en effet, livre sans défense la malade à son automatisme morbide (*intérêt médico-légal*). Elle laisse présumer : *a*) psychologiquement, la hauteur à laquelle le trouble morbide s'est élevé dans la hiérarcbie mentale (fonctions de coordination, de critique et d'inbibition) ; *b*) anatomiquement, l'intensité et surtout la diffusion de l'atteinte cérébrale. D'où ces lois pronostiques : toutes cboses égales d'ailleurs, le *pronostic est d'autant plus favorable que la conscience de l'état morbide est plus claire* (barmonie psychique relativement indemne ; écorce plus ou moins complètement épargnée, ou lésion plus ou moins circonscrite sur cerveau relativement sain). Différence habituelle, par exemple, entre l'aphasique de Broca (*a.* motrice prédominante), qui s'affecte et s'impatiente de ses symptômes, mais peut se rééduquer, et l'apbasique de Wernicke (*a.* de compréhension), plus atteint dans son jugement comme dans son cortex, plus inconscient, plus dément. De même, *l'apparition de la conscience du pathologique,* au cours d'une affection mentale, *est d'un excellent pronostic.* Et le *meilleur signe de guérison* en psychiatrie est, comme on sait, la *reconnaissance exacte de l'état morbide antérieur.* Enfin, dans les cas où la conscience du pathologique aboutit à *des idées délirantes d'influence,* une bonne analyse psychiatrique

permettra souvent de préciser le pronostic en faisant la part de l'état psychopathique *inducteur* et de l'état psychopathique *induit* (introspection paranoïaque + manie intermittente; ou + paroxysme obsédant ; ou + asthénie nerveuse, passagère ou durable, etc. (paranoïa introspective, symptomatique ou essentielle).

V. — Valeur thérapeutique. — La *psychothérapie* consiste justement, pour la plus grande part, à faire naître ou à redresser, chez le malade, la conscience du pathologique. Elle n'est possible et ne réussit, dans les différentes psychopathics, que *dans la mesure où* celles-ci comportent, de par leur formule constitutive, la *conscience éventuelle du pathologique*. C'est dire qu'elle échoue presque nécessairement dans les états *intellectuels*, en particulier dans les états paranoïaques (erreur de la psychothérapie dite « rationnelle »); elle agit utilement sur les troubles *mnésiques* conscients, aptes à la rééducation; elle intervient avec efficacité dans les troubles *émotifs*, qu'elle peut calmer et discipliner, mais sans les supprimer, la plupart du temps; elle triomphe dans les états *imaginatifs* (sans paranoïa), et particulièrement dans l'hystérie, où faire connaître au sujet sa propre duperie imaginative c'est, du même coup, et presque par définition, la guérir. Mieux que la *psychoanalyse* freudique, très contestable (et dont l'erreur essentielle consiste à croire qu'on peut guérir les troubles émotifs par la conscience du pathologique, au même titre que les troubles imaginatifs), l'*analyse psychiatrique* ou psycho-neurologique, permettra de rassurer l'*émotif* et l'*asthénique* sur leurs chimères hypocondriaques, soit psychiques (peur de tomber fou, etc.), soit physiques (incompréhension des troubles sympathiques, fausses interprétations des angoisses et des malaises cénesthésiques, croyance aux « angines de poitrine », aux appendicites et aux affections viscérales les plus diverses). Enfin, rappelons que la conscience de l'état morbide, dans les conséquences psychopathiques lointaines de la syphilis nerveuse, signifie habituellement : *syphylis cérébrale*, plus ou moins circonscrite et, récusant presque à coup sûr le diagnostic de *paralysie générale*, commande d'appliquer, avec urgence, le traitement spécifique.

Discussion du premier Rapport

M. Aug. Ley (de Bruxelles). — Je félicite M. Logre du rapport substantiel qu'il a fourni au Congrès. Il a ajouté au chapitre des gnosies, à la psychologie de la connaissance, un document de première valeur. La *nosognosie* ou conscience de l'état maladif chez le psychopathe entrera désormais avec toute sa valeur dans le cadre séméiologique. Je voudrais dégager l'importance philosophique du rapport. Si W. James a pu dire que nous savons tous fort bien ce qu'est notre conscience personnelle... jusqu'au moment où on nous en demande la définition, et s'il a appelé ce problème le cauchemar des philosophes, il a cependant analysé finement le courant de la conscience et a dégagé la notion féconde de la hiérarchie des moi. C'est ainsi que lorsque je dis : « Je me sens malade », on peut concevoir un principe de connaissance pure et un moi cénesthésique objet de connaissance. Et peut-être lorsque le rapporteur nous décrit l'obsédé dont le moi supérieur assiste impuissant et hyperlucide aux dissociations intra-psychiques de ce « moi » mnésique pensant et agissant, donne-t-il aux philosophes un précieux argument pour la notion du moi pur.

Au point de vue du pronostic, il est exact que la nosognosie soit généralement favorable, mais le maniaque curable n'a cependant pas conscience de son état

morbide, et l'obsédé incurable ou difficile à aborder au point de vue thérapeutique possède au contraire, au plus haut point, la notion de son état maladif.

En thérapeutique, j'attache une grande importance pour créer chez le psychopathe la nosognosie favorable, à cette thérapeutique muette mais efficace, qui consiste à le placer au lit dans un milieu à caractère extérieur nettement hospitalier. Le décorum médical, les uniformes, la discipline d'une salle de malades sont à ce point de vue hautement importants.

M. Crocq (de Bruxelles). — Je pense que la pantophobie et la mono ou polyphobie sont deux stades d'épanouissement du *déséquilibré émotif* qui commence par être anxieux, craintif d'une manière générale, avant d'objectiver son anxiété constitutionnelle et de devenir un obsédé systématisé. L'orateur compare l'anxieux au paranoïaque qui, lui aussi, commence par être vaguement persécuté avant de devenir systématisé. Les émotifs sont certes sujets à des impulsions qui ne dépassent pas la phase de doute, mais il n'en est pas moins vrai que l'impulsion pathologique, irrésistible, classique, ne peut être niée et qu'elle se réalise dans un grand nombre de cas.

Le *déséquilibré neurasthénique* devient souvent incurable à cause des médecins qui prennent ses maux au tragique, opèrent, traitent des maladies imaginaires et inculquent au patient la conviction de l'incurabilité par les échecs successifs de leurs interventions.

Chez le *déséquilibré imaginatif*, l'affirmation réflexe, antérieure à l'affirmation réfléchie, s'impose d'office ; c'est pourquoi les persuasions les plus savantes échouent si souvent et se butent à une résistance invincible, alors que les méthodes suggestives qui s'adressent à l'émotivité réussissent souvent : telles les guérisons des rebouteurs.

Dans les *perversions instinctives*, je ne crois pas que, dans la majorité des cas, le sujet lutte avec angoisse contre une tendance qui lui fait horreur. Le sujet comprend le caractère immoral de ses actes, mais il ne sent pas cette immoralité, d'où son cynisme bien connu.

Dans les *états confusionnels*, la conscience de l'état morbide est souvent remarquablement conservée, même au début de la démence précoce ; je possède des autobiographies qui prouvent que le sujet assiste conscient et impuissant au naufrage de sa pensée.

Enfin, dans la *paralysie générale* vraie, la conscience peut être conservée au début, comme, dans la pseudo-paralysie générale, elle peut être abolie.

Je ne pense donc pas que la conservation de la conscience de l'état morbide puisse être un élément important de diagnostic et qu'elle permette de conclure à la curabilité.

M. Hesnard (de Bordeaux) regrette que le distingué rapporteur n'ait pu, à cause des dimensions restreintes du rapport, traiter un certain nombre de questions intéressantes, telles que : l'émotion résultant, chez le sujet, de la constatation de l'état morbide ; le rôle respectif de l'imagination et de la plasticité corporelle dans le symptôme hystérique ; le caractère prétendu spécifique de l'introspection thérapeutique de la psychoanalyse ; l'importance de l'amnésie de fixation complète et totalement inconsciente (jamais vu) dans les lésions localisées aux lobes frontaux ; l'inconscience du langage chez les paraphasiques sans surdité verbale ; les cas de P. G. où il existe une conscience prolongée des symptômes.

Il regrette surtout que M. Logre n'ait pas traité la question de la *conscience rétrospective* de l'état morbide chez le psychopathe guéri ou en rémission (manie,

mélancolie, confusion mentale, délires, etc.) et de la justification rétrospective par la conscience du trouble psychique antérieur mnésique. Il félicite M. Logre de la séduction avec laquelle il a su exprimer les idées précises et neuves qui font le fond de son rapport.

M. Roubinovitch (de Paris) fait remarquer que dans la *confusion mentale*, la conscience chez le malade revient progressivement en oscillant, ceci ne s'observant pas dans d'autres affections. Il fait remarquer, en outre, qu'il existe chez les paranoïaques, chez les débiles qui conservent leurs idées délirantes, des pseudo-retours à la conscience, occasionnant des erreurs du médecin et pouvant avoir des conséquences importantes au point de vue médico-légal.

M. Courbon (de Stéphansfeld). — Le rapporteur a excellemment souligné le fait que la lucidité est l'apanage habituel du déséquilibré. Mais il y aurait lieu d'insister encore davantage et de voir dans le déséquilibre mental même la condition ordinaire de la conscience de l'état morbide au cours des psychoses. Les déséquilibrés sont, en effet, des être contradictoires qui, à côté de formidables lacunes du jugement, font preuve d'une pénétrante perspicacité, notamment à l'égard de la nature pathologique de beaucoup de leurs réactions. Au plus fort de leurs épisodes délirants, ils lancent une phrase déclarant se reconnaître malades.

Quelque paradoxale qu'en puisse sembler l'affirmation, le déséquilibré semble offrir à l'autocritique une prise qu'elle n'a pas sur les natures équilibrées. Les dénivélations d'un terrain accidenté sont, en effet, plus perceptibles sur ce terrain, que ne le sont sur un terrain de plaine les dénivelations qui peuvent s'y trouver. Cela pour la bonne raison qu'elles sont plus intenses là qu'ici. Mais cette prise offerte à l'autocritique ne garantit pas l'excellence de celle-ci. Et cette remarque, en restreignant la portée de mon affirmation, la purifie de tout caractère paradoxal.

En somme, on peut, sans trop s'écarter de la vérité, répartir schématiquement les psychoses avec conscience de l'état morbide en trois groupes : *1er groupe*, en rapport avec la nature du terrain sur lequel éclate la psychose, quelle qu'en soit la forme : manie, mélancolie, confusion mentale, délire ou démence au début. Toute psychose qui naît sur le terrain du déséquilibre mental s'accompagne, dans une certaine mesure et pour un certain temps, de la conscience, par le sujet, de son état morbide ; *2e groupe*, en rapport avec la limitation des lésions qui ont donné naissance aux psychoses : plus la lésion est *circonscrite*, plus grande est la conscience qu'a le sujet de son état morbide ; témoin, la démence organique et les psychoses des traumatismes localisés ; *3e groupe*, en rapport avec la nature de l'étiologie : certains agents toxiques, tels que l'opium et le chloral, produisent des désordres oniriques ou imaginatifs, reconnus comme pathologiques par l'intoxiqué.

M. Legrain (de Paris). — M. Logre, au point de vue de la psychothérapie, dit que le médecin est désarmé quand il s'agit de raisonner avec le malade. C'est une erreur, car nous ne connaissons que des jugements très relatifs ; la plupart du temps, nous avons affaire à de petits paranoïaques : en essayant de rétorquer leurs erreurs, vous raisonnerez avec eux. Seuls les grands paranoïaques ne peuvent pas raisonner.

M. Haskovec (de Prague) veut attirer l'attention du Congrès sur l'article publié par lui dans les comptes rendus de la session de Bruxelles, intitulé « A propos de la localisation de la conscience centrale » ; il mentionnait, dans cet article, le cas d'une femme atteinte d'artério-sclérose et devenue aveugle par suite d'encéphalomalacie. Cette femme, d'abord consciente de son état, perdit peu à peu cette

conscience et refusait de croire à ses troubles cérébraux, à mesure que ceux-ci devenaient plus intenses.

M. Logre reprend la parole et remercie les membres du Congrès qui ont pris part à la discussion. A M. Ley, il répond que la conscience du pathologique ne suffit pas à formuler le pronostic, elle n'en est qu'un élément de plus. (« Toutes choses égales d'ailleurs », avait précisé M. Logre.) Il y a des obsédés conscients dont le pronostic doit être réservé. Il reconnaît, avec M. Crocq, qu'il y a des pervers instinctifs, sans conscience de leur état; chez ceux-là, la conscience pathologique est relative à la conscience générale qu'a le malade de ses impulsions : ce qui est irrésistible chez lui, c'est la hantise, mais non l'acte. Le mot irrésistible est donc mal choisi. Il remercie M. Hesnard d'avoir complété son rapport par de judicieuses remarques. Toutefois, il avait souligné la plasticité de l'hystérique, ce comédien du pathologique; il emploie même, à dessein, dans ce but, le mot mythoplastie (p. 7). M. Roubinovitch a eu pleinement raison de rappeler le retour oscillant de la conscience. A M. Courbon, il répond que l'on est conscient dans la mesure où l'on sent son déséquilibre, la partie saine jugeant la partie malade. Le cynique est un débile et non un déséquilibré. Il s'étonne que M. Legrain puisse penser que la psychothérapie ait de l'action sur les paranoïaques : si les malades réagissent à la psychothérapie, ils prouvent, par là-même, qu'ils ne sont pas paranoïaques.

Communication relative au premier Rapport

LA LOI DU SYMBOLISME EN PSYCHIATRIE GÉNÉRALE

par M. Hesnard, de Bordeaux.

Pourquoi le vésanique est-il primordialement inconscient de sa psychose? Parce qu'il exprime sa maladie non pas sensitivement, mais symboliquement.

La pensée symbolique, — qu'on a étudiée chez les primitifs, dans le rêve, etc. — est celle qui s'exprime par des concrets (images d'objets matériels, hallucinatoires ou imaginatives, faits et gestes ayant une signification, etc.). Quand ils ne sont pas la conséquence d'un vulgaire automatisme, les symboles psychopathiques expriment des faits affectifs (sentiments, émotions et tendances), et la psychose apparaît comme un effort de justification, entrepris par la conscience, pour rationaliser une monstrueuse affectivité.

Or, la psychologie moderne tend à rechercher l'origine de la vie affective dans l'activité organique même, dans les variations du milieu intérieur et des humeurs. Quoique l'appareil des expressions émotionnelles paraisse anatomiquement constitué dans l'édifice nerveux, le psychisme affectif — ou irrationnel, — plonge ses racines essentiellement diffuses bien en dehors des voies différenciées de la sensibilité interne. (La physiologie confirme cette conception en reconnaissant à l'origine de nos besoins et tendances organiques, et des rythmes vitaux, des phénomènes indépendants des grandes fonctions nerveuses, comme les hormones, les réflexes chimiques, l'activité aneurale...)

Ce n'est donc pas dans une réalisation imaginative, « autistique », de désirs réels inassouvis, par un inconscient-providence mystiquement conçu, qu'il faut, à

la manière de Freud et des psychoanalystes, chercher l'origine du symbolisme psychopathique. C'est dans un déséquilibre humoral, inné, auquel une cause exogène (alcool) ou endogène (ménopause), organique ou affective (cause morale) ajoutera son action évolutive de complément.

La poussée affective née du désordre de la vie organique fera irruption dans la conscience. Pourquoi ne se traduira-t-elle pas comme une maladie ordinaire, par un vulgaire trouble de la sensibilité cocuesthésique ? Parce que d'après la loi connue en physiologie sous le nom de *Loi de Spécificité*, « la spécificité de la sensation (ou de la conscience), est déterminée par les relations intérieures du système sensoriel (ou, d'une manière générale, conscient) dans lequel s'engage l'excitation ». C'est-à-dire que la poussée vésanique ne pourrait être connue du sujet sous sa vraie signification, que si elle s'engageait dans la voie différenciée de la sensibilité, origine du psychisme rationnel. Or, de par son origine diffuse dans la vie organique et sa nature affective, elle ne peut parvenir au psychisme du sujet que par la voie détournée du symbole. L'aliéné ne peut pas plus ressentir sa folie que l'appareil nerveux optique ne peut saisir le son. Au lieu de sentir et d'exprimer sensitivement, puis logiquement sa maladie, il éprouvera, puis exprimera un être symbolique étranger à son être, qu'il localisera en dehors de l'espace, du temps et des cadres sociaux. C'est la loi fondamentale du *Symbolisme psychopathique* dont l'application a des conséquences pratiques considérables, en psychologie, en pathologie et en clinique.

Deuxième Rapport

EPILEPSIE TRAUMATIQUE

Docteur P. Béhague (de Paris), *Rapporteur*.

Ce rapport se divise en quatre parties :

1° Causes de l'épilepsie traumatique, sa fréquence et sa nature ;
2° Etude du temps de latence ;
3° Symptômes propres à l'épilepsie traumatique ;
4° Traitement et pathogénie.

I. — L'épilepsie peut relever de « *plaies pénétrantes* » du crâne (projectiles, esquilles, fracture de la base du crâne), ou de « *traumatismes non pénétrants* » (commotions, plaies cutanées du cuir chevelu, embarrure de la table externe du crâne). Les traumatismes pénétrants entraînent des cicatrices encéphaliques ou méningées, localisées, grossières ou visibles macroscopiquement ; au contraire, les traumatismes non perforants quels qu'ils soient, agissent tout de même et provoquent des cicatrices encéphaliques disséminées, fines, visibles microscopiquement.

Après un traumatisme du crâne, pénétrant ou non, *l'éclosion de l'épilepsie est favorisée par plusieurs causes :*

a) Le terrain physio-pathologique du blessé a grande importance. L'alcoolisme et la syphilis favorisent l'éclosion de l'épilepsie, tandis que l'âge, l'intensité des troubles subjectifs et la durée de la perte de connaissance après l'accident, n'ont pas

d'importance à cet égard. Le mal comitial fruste antérieur au traumatisme est toujours très aggravé par lui.

b) Certaines régions encéphaliques sont, après leur blessure, plus épileptogènes que d'autres. C'est ainsi que l'atteinte des lobes pariétaux, frontaux, occipitaux et temporaux sont responsables de la 1/2, du 1/4, du 1/8 et du 1/16 des cas d'épilepsie constatés. Les plaies du cervelet ne semblent pas épileptogènes ; celles des lobes temporaux-occipitaux et orbitaires le sont certainement.

c) Les risques d'épilepsie sont en raison directe de l'étendue des dégâts cérébraux et de la cicatrice qui les suit. Les projectiles gros, lents, septiques, pénétrant profondément, sont à ce point de vue plus dangereux que les autres. Les projectiles intracérébraux entraînent l'épilepsie d'autant plus souvent qu'ils sont profondément situés et surtout qu'on a essayé de les extraire chirurgicalement, ce qui crée des dégâts encéphaliques considérables encore.

Toutes ces remarques ne concernent que l' « *Epilepsie durable* », d'allure comparable à l'épilepsie maladie et due à une lésion cicatricielle chronique. Elle diffère de l' « *Epilepsie aiguë* », souvent plus précoce ou plus tardive et décelant une lésion intracrânienne en évolution.

Un peu plus de *douze pour cent des blessés du crâne sont atteints d'épilepsie durable ;* celle-ci ne revêt la *forme jacksonienne* que *dans 1/3 des cas, alors que 2/3 des crises sont généralisées.*

II. — Le temps de latence qui s'écoule entre le traumatisme et la première manifestation épileptique est très variable. Il oscille le plus souvent entre trois et cinq mois et ne dépasse un an et demi que dans quatre cas sur mille blessés du crâne observés. *La durée du temps de latence ne semble dépendre* que de l'étendue de la cicatrice encéphalique (plus elle est grande, plus elle recule l'éclosion du premier accès) et de la situation de la plaie cérébrale. L'épilepsie consécutive aux lésions des zones de projection du cerveau éclate plus rapidement que celle due à l'atteinte des autres régions encéphaliques.

La durée du temps de latence ne semble guère influer sur l'évolution de l'épilepsie consécutive. En règle générale, le temps de latence est plus court pour les phénomènes jacksoniens que pour les accès généralisés, exception faite pour l'épilepsie consécutive aux plaies non pénétrantes suivies d'épilepsie le plus souvent généralisée après un temps d'ordinaire assez bref. Ce phénomène semble s'expliquer du fait que *la qualité de l'épilepsie engendrée paraît dépendre des mêmes causes que celles qui régissent la durée du temps de latence,* et l'on peut dire « qu'aux plaies multiples et profondes des zones neutres du cerveau, entraînant de l'épilepsie généralisée après un long temps de latence, s'oppose une plaie unique, corticale, d'une zone de projection, entraînant de l'épilepsie jacksonienne après un temps de latence généralement plus bref ».

III. — Prodromes, aura, crise ou équivalence, phénomènes post-paroxytiques, évolution de l'épilepsie traumatique sont comparables à ceux du mal comitial. Des prodromes objectifs ont été décrits à propos de l'épilepsie traumatique. La dilatation anormale de la cicatrice dépendant d'une hernie du cerveau, irréductible par la ponction lombaire, l'inégalité pupillaire progressive, les mêmes prodromes subjectifs que ceux de l'épilepsie maladie, apparaissent de 48 heures à 15 minutes avant l'accès. Leur constatation est d'autant plus précieuse que lorsqu'ils existent ils apparaissent avant chaque accès. Car, si les prodromes sont entièrement distincts de l'*aura* qui constitue le début de la crise, leur forme peut indiquer que l'accès va

tourner court et se borner à l'aura qui prend alors le nom d'*équivalent épileptique*. Ces deux phénomènes inséparables peuvent présenter dans l'épilepsie traumatique quelques caractères spéciaux lorsqu'ils dépendent de la lésion isolée d'un des lobes cérébraux dont les fonctions sont subitement inhibées ou excitées. Ces perturbations fonctionnelles se combinent ou restent isolées, constituant autant d'équivalents distincts.

L'*éclosion des accès* est toujours favorisée par les causes d'hypertension ; quant aux *phénomènes d'épuisement post-paroxystiques*, leur dimidiation constante prouve le peu de différence existant entre les phénomènes jacksoniens et généralisés.

L'*évolution* de l'épilepsie durable est des plus variables ; tous les modes peuvent être observés, c'est pourquoi il est impossible de donner un barème d'invalidité, chaque épileptique constituant un cas particulier.

IV. — Le traitement de l'épilepsie traumatique tient une large place dans le rapport.

Lorsqu'il s'agit d'*épilepsie aiguë*, la cause, si elle est superficielle et localisée peut être extirpée chirurgicalement ; si elle est diffuse et profonde, le traitement causal doit être médical.

Lorsqu'il s'agit d'*épilepsie durable*, le traitement est symptomatique.

a) Si l'épilepsie est due à une *plaie non pénétrante du crâne*, le traitement par la médication borée, ou, à son défaut, par les uréïdes, est indiqué. Le traitement chirurgical est toujours néfaste.

b) Si l'épilepsie est due à une *plaie pénétrante du crâne*, il faut employer la médication par les uréïdes ou par les bromures. Le traitement chirurgical, incapable d'extirper les cicatrices méningées ou encéphaliques, est toujours contre-indiqué. Toutefois, s'il n'y a pas eu ouverture de la dure-mère, et lorsque la radiographie décèle un corps étranger, une embarrure de la table interne, ou une mauvaise plastie, l'ablation chirurgicale de ces causes pourra entraîner la guérisou de la maladie.

c) Si *les accès sont précédés par les prodromes*, on pourra instituer un traitement spécial, celui-ci est composé d'une ration quotidienne insuffisante d'un anti-épileptique renforcée par de hautes doses de bromures ou de borate de soude administrées dès l'apparition des symptômes précurseurs.

Les différentes théories pathogéniques ne sont qu'esquissées dans ce rapport ; la dilatation cérébrale provoqnée par l'expansion des plexus choroïdes à l'intérieur des ventricules latéraux, retient particulièrement l'attention.

M. Henri Claude (de Paris). — Ce sont surtout les traumatismes superficiels méningo-encéphaliques qui provoquent l'épilepsie beaucoup plus que les grosses pertes de substance ou les projectiles intracérébraux. Les lésions communes irrégulières dans lesquelles il y a des adhérences extraduremériennes, des esquilles, sont beaucoup plus dangereuses que les larges craniectomies irrégulières. Bien souvent, chez ces malades, on trouve sous la dure-mère des formations pseudo-kystiques qui refoulent le cerveau et peuvent être le siège d'un processus de méningite séreuse enkystée et qui se comportent comme des tumeurs, c'est-à-dire qu'à côté de l'hypertension locale, il peut y avoir une hypertension générale.

L'étude anatomique des traumatismes cérébraux montre qu'il y a une grosse différence entre les contusions cérébrales et les commotions cérébrales, les premières étant constituées par des lésions mécaniques (cicatrices, adhérences, hémorrhagies), les autres, par des altératious des cellules à évolution progressive

du type nécrotique. Les deux ordres de lésions peuvent être confondus, mais les premières seules sont responsables de l'épilepsie.

La symptomatologie de l'épilepsie traumatique est surtout caractérisée, soit par l'apparition rapide des crises dès le début tant que le nettoyage de la plaie n'a pas été opéré, soit au contraire, par des symptômes à assez longue échéance; mais, quand les manifestations comitiales se déclanchent, elles peuvent prendre le caractère subintrant de l'état de mal. Des perturbations psychiques diverses peuvent s'ajouter aux crises convulsives : troubles de l'humeur et du caractère, affaiblissement intellectuel, troubles de la mémoire, parfois aussi, alternatives de dépression et d'excitation de nature comitiale.

La cause des crises épileptiques d'origine traumatique, c'est l'hypertension soit locale, soit générale; aussi, est-il nécessaire d'affirmer cette hypertension par l'exploration manométrique. La mesure de la pression peut permettre de diagnostiquer à l'avance les accès comitiaux et la décompression peut les guérir (ponction lombaire).

Les plasties crâniennes sont une cause fréquente d'épilepsie par hypertension. Supprimer la cause osseuse ou métallique chez les sujets qui ont de l'hypertension, est une mesure qui s'impose. Je crois que d'une façon générale, il faut intervenir chirurgicalement chez un grand nombre de sujets atteints d'épilepsie traumatique. L'opération consistant à enlever les adhérences, les esquilles et les débris de toutes sortes, à régulariser les bords de la brèche, souvent esquilleuse, et à inciser les kystes méningés, rendra des services.

Le traitement général sera prophylactique (suppression des causes d'intoxication générale et surtout alcoolique). Au point de vue médicamenteux, le luminal et le bromure m'ont donné d'excellents résultats.

Enfin, j'attire l'attention sur la nécessité qu'il y aurait à s'occuper de l'assistance des épileptiques. Abandonnés à eux-mêmes, accidentés du travail ou invalides de guerre, ces blessés ne touchent qu'une indemnité insuffisante et, d'autre part, ils ne peuvent être utilisés comme il conviendrait, car, dans les ateliers, les maisons de commerce, les employeurs les congédient à la première crise. On profite d'une crise d'excitation coléreuse, d'un état confusionnel passager, de la débilité psychique ou d'un acte délictueux pour les renvoyer. Il y a là une situation déplorable, un défaut d'utilisation de sujets qui, au point de vue social, pourraient rendre des services. Il serait utile de suggérer à l'Administration compétente de créer, comme cela s'est fait en Amérique et en Angleterre, des villages ou des ateliers pour épileptiques où on surveillerait et utiliserait ces malheureux tout en les traitant.

M. Anglade (de Bordeaux). — Il faut évidemment tenir grand compte des troubles mentaux qui s'associent aux phénomènes convulsifs dans les traumatismes cérébraux. Ils sont de deux ordres : épisodiques (les plus fréquents), progressifs et définitifs (démence). J'ai pu suivre un cas de traumatisme grave considéré comme une fracture de la base du crâne, guérie et présentée comme telle à la *Société de Chirurgie* de Paris par Reclus. Secondairement survint un état démentiel qui se termina sept ans après par la mort, en état de mal comitial. L'état anatomo-pathologique du cerveau de cet homme a été décrit dans une communication à la Société de Neurologie de Paris (1902). Il s'agissait comme toujours en pareil cas d'une sclérose névroglique disséminée dans le cerveau tout entier. Cette sclérose était parvenue (fait spécial) au degré de fonte lacunaire. L'écorce cérébrale était le siège d'une multitude de petites lacunes.

Habituellement, les traumatisés du cerveau présentent au niveau du traumatisme une cicatrice névroglique qui offre l'aspect d'une gliose très active. Selon

toute probabilité, ce foyer de gliose a été le point de départ de l'infiltration névroglique dans les deux hémispbères lorsqu'il s'agit d'épilepsie totale. Il se pourrait que les crises convulsives ne fussent que le résultat d'une fonte périodique de noyaux névrogliques. D'où l'indication de s'adresser aux rayons γ, très pénétrants et capables d'arrêter cette prolifération nucléaire. Nos ressources, au point de ces rayons pénétrants, sont encore faibles. Je n'ai pu les utiliser qu'une fois, mais j'ai obtenu un résultat encourageant, qui m'incite à persévérer dans cette voie thérapeutique.

M. Hartenberg (de Paris). — Pour faire entrer dans le cadre de l'épilepsie en général les manifestations jacksoniennes de l'épilepsie traumatique, j'estime que ces convulsions partielles doivent être considérées comme des auras motrices, absolument semblables aux auras sensitives ou psychiques. Tantôt, elles existent seules, et il s'agit alors d'un accès fruste. Tantôt, au contraire, elles sont suivies d'une grande crise convulsive, semblable cliniquement à celles de l'épilepsie dite essentielle.

Car, la crise d'épilepsie complète ne commmence en réalité qu'avec la perte de connaissance, qui constitue l'élément essentiel des paroxysmes comitiaux : l'inconscience est le vrai critérium de l'épilepsie.

Si les convulsions prémonitoires peuvent s'expliquer par une irritation corticale, la perte de connaissance et l'abolition totale des fonctions sensori-motrices, ne peuvent correspondre qu'à une inhibition instantanée et complète du cerveau supérieur, dont le mécanisme reste à déterminer. En tous cas, dans toute hypothèse pathogénique, c'est cette inhibition qu'il convient d'expliquer, car elle représente le point capital de l'énigme du mal sacré.

Dr A. Porot (d'Alger). — L'auteur rappelle brièvement toute la gamme des accidents mentaux qu'on peut observer dans l'épilepsie traumatique et qui sont identiques à ceux qu'on peut rencontrer dans l'épilepsie ordinaire : *troubles de l'humeur* et *irritabilité* périodique ou paroxystique ; *fugues*, accidents procursils divers; *psychoses à base psychosthénique* avec troubles délirants ou interprétatifs secondaires; *idées délirantes en bouffées*, etc., tous accidents ou épisodes caracrisés par leur inconscience et l'amnésie qui les suit.

Il insiste sur une forme spéciale dont il a rencontré plusieurs exemples : de *véritables accès de manie aiguë*, survenant, chez des sujets indemnes de tout antécédent mental, quatre à six mois après une blessure du crâne (délai moyen reconnu par le rapporteur à l'épilepsie convulsive traumatique). Ces accès, plus courts que l'accès maniaque ordinaire, sont cependant bien plus longs que les autres crises psychiques de l'épilepsie (dans un cas, 18 jours, dans l'autre, 5 semaines). Comme les autres accidents mentaux de l'épilepsie, il y a début soudain, terminaison brusque; inconscience et amnésie consécutives. Chez le second sujet, l'accès de manie coléreuse se termina brusquement et définitivement par une grande crise convulsive, dénouement qui confirme bien la nature comitiale de l'accès mental.

M. Roubinovitch (de Paris). — Le traumatisme en lui-même joue pour ainsi dire un moindre rôle que la toxicité. C'est ainsi qu'il a constaté que des enfants trépanés, envoyés en permission, revenaient avec des crises, alors qu'ils en avaient rarement avant.

Il est intéressant, d'autre part, de rechercher si dans l'intervalle des crises, existent des stigmates de l'épilepsie traumatique. A son avis, un signe important est *la tachycardie résiduelle* qui s'observe chez tous les épileptiques. A ce point de vue, la recherche du réflexe oculo-cardiaque est importante.

M. Courbon (de Stéphansfeld) a vu un cas d'épilepsie post-commotionnelle opérée par Krause, qui n'était pas guérie. L'intervention chirurgicale est loin d'être, à son avis, le traitement universel de l'épilepsie jacksonienne, même lorsque, comme dans le cas particulier (aura constituée par la fermeture de la main gauche), les signes de localisation sont très nets. L'aura motrice fut remplacée par une aura sensitive (douleurs du bras), et les crises continuèrent comme auparavant.

Il s'agissait d'un soldat alsacien de 22 ans, frappé de crises d'épilepsie jacksonienne quelques jours après un ensevelissement par déflagration d'obus, en novembre 1914. Cet ensevelissement n'avait laissé aucune trace objective sur la motricité, ni la sensibilité, ni la sensorialité, ni la réflectivité, ni l'équilibre. Les crises se succédaient à intervalles de deux à trois semaines. Elles étaient annoncées par une fermeture involontaire de la main gauche, se reproduisant deux ou trois fois au cours de la journée pendant deux ou trois jours avant l'attaque. Celle-ci avait toujours lieu au plus tard à la fin de la troisième journée. Elle était caractérisée par une chute soudaine avec perte de connaissance, convulsions des membres gauches, durant un quart d'heure, abrutissement et endolorissement pendant six heures. En janvier 1921, il se décida à aller consulter, à Berlin, Krause, qui l'opéra suivant son procédé. En juillet 1921, le nombre et l'intensité des crises n'a pas changé. Mais pendant les trois journées précédentes, au lieu de la fermeture involontaire de la main gauche, qui ne se produit plus, il éprouve des sensations de striction au niveau du bras droit du même côté.

M. Dupré rappelle la leçon de Lasègue sur les cérébraux, et, se prononçant contre l'hypothèse de l'épilepsie essentielle, rappelle la fréquence du traumatisme de la 1re et de la 2e enfance, comme cause d'épilepsie. A propos de l'intervention de M. Claude, il proteste contre le placement des épileptiques *moteurs* dans les asiles d'aliénés.

M. Roubinovitch rappelle à ce propos l'hospitalisation libre en services ouverts, telle qu'elle se pratique à Bicêtre pour les épileptiques.

M. Béhague pense que commotions et contusions produisent les mêmes lésions par le même mécanisme, et que les indications opératoires sont assez rares dans l'épilepsie traumatique durable. Il a pu constater les bons effets de la ponction lombaire dans certains cas, mais dans de nombreux autres, elle reste inagissante. Lui aussi préconise la constitution de colonies d'épileptiques.

Le rapporteur adopte volontiers l'adjectif « pannévroglique » comme qualifiant le cerveau des épileptiques ; c'est dire qu'il pense lui aussi avec M. Anglade que la radiothérapie ne peut que donner de bons résultats si elle est pratiquée d'une manière suffisamment intense ; il n'a pu l'essayer en raison des rayons très pénétrants qu'il faut employer et qui ne sont pas utilisés en ce moment.

L'épilepsie maladie est toute différente de l'épilepsie traumatique ; seule l'épilepsie post-commotionnelle peut être comparée au mal comitial ; d'ailleurs, les mêmes traitements réussissent dans les deux cas. Le rapporteur insiste à nouveau sur la valeur de la dilatation cicatricielle précédant l'accès ; ce phénomène a été fréquemment constaté, non seulement par lui, mais encore par de nombreux auteurs ; s'il n'existe pas dans tous les cas, c'est que le peu de souplesse du tissu cicatriciel empêche la dilatation cérébrale.

L'épilepsie traumatique de l'enfant est un chapitre que B... n'a pas abordé ; mais il apprend avec plaisir qu'elle a de nombreux points communs avec celle de l'adulte, et notamment qu'elle peut avoir pour origine une simple trépanation.

Enfin, le rapporteur signale tout l'intérêt qui s'attache à l'étude des phénomènes post-paroxystiques, notamment les tachycardies et les troubles sensitifs.

Communications relatives au deuxième Rapport

VALEUR DES ANESTHÉSIES PSEUDO-RADICULAIRES DU MEMBRE SUPÉRIEUR POUR LE DIAGNOSTIC MÉDICO-LÉGAL DES ÉPILEPSIES JACKSONIENNES BRACHIALES TRAUMATIQUES

par MM.

H. Roger,
Professeur de Clinique neurologique à l'École de Médecine de Marseille.

G. Aymès,
Chef de Clinique neurologique à l'École de Médecine de Marseille.

Un réformé de guerre nous est récemment adressé par le Centre de Réforme, pour expertise au sujet de « allégation de crises nerveuses ». Cet homme a été autrefois en traitement au Centre neurologique de la 15e région pour un tremblement consécutif à une commotion minime en 1915 : tremblement d'abord généralisé, puis localisé au membre supérieur droit.

Cet homme passe par une série de formations médicales et en particulier par plusieurs centres neurologiques, où son tremblement est qualifié de névropathique (avec, même, part vraisemblable d'exagération volontaire). Il est évacué sur la station des psychonévrosés de Salins (Jura), où cette trémulation disparaît à peu près complètement. Réformé avec une gratification de 10 %, il se plaint, un an après sa démobilisation et quatre ans après le traumatisme, de crises nerveuses. Étant donné les antécédents d'un pareil malade, on a vite fait de faire de ces crises nerveuses de nouveaux accidents pithiatiques, étant donné l'absence, au moment de l'examen, de tout signe de parésie localisée, de toute trace de traumatisme crânien.

Nous venons de le revoir à nouveau. Le caractère jacksonien de ses crises s'est précisé : début toujours le même par des mouvements du membre supérieur droit, perte de connaissance, puis parésie de ce membre durant quelques heures. Les crises se renouvellent tous les mois, et le malade n'accuse aucun trouble dans l'intervalle.

Notre examen ne nous décèle aucune parésie, aucun trouble des réflexes, aucune atrophie musculaire, mais une hypoesthésie des plus nettes du bord cubital de la main (hypoesthésie douloureuse, tactile, thermique), avec conservation du sens des attitudes et du sens stéréognostique.

Voici donc un malade qui, du fait de son *curiculum vitæ* militaire, en impose pour un « névropathe », et il faut bien admettre qu'il y a eu un élément pithiatique ou sinistrosique dans son tremblement antérieur, puisqu'il s'est rapidement amélioré à la station de psychonévrosés militaires de Salins.

Le récit des crises jacksoniennes qu'il dit présenter frappe cependant par certains caractères d'organicité. Mais il n'existe aucune dépression osseuse crânienne; nous ne trouvons aucun des petits signes de parésie organique du membre supérieur. Nous n'avons que le récit, difficile à vérifier, des crises. Fort heureusement, la recherche de la sensibilité vient nous fournir un élément tangible qui nous permettra de mieux établir la nature organique des crises et de légitimer la pension à laquelle ce traumatisé de guerre a certainement droit.

Il va sans dire que cette recherche doit être effectuée avec certaines précautions et à l'improviste, si l'on veut éviter la création d'une hypoesthésie pithiatique chez des individus particulièrement suggestibles.

Cette hypoesthésie radiculaire en bandes du bord cubital, ou plus rarement du bord radial de la main, est relativement fréquente dans les lésions corticales, comme l'ont montré de nombreuses recherches : Dejerine et Mouzon; Lhermite; Lortat-Jacob et Sézary; Long et Ballivet; Cestan, Descomps, Euzière et Sauvage; P. Marie; Roussy, Branche et Cornil; Mme Lambert; Mme Athanassio-Benisty; Villaret et Faure-Beaulieu.

Nous avions personnellement déjà insisté à diverses reprises sa sur valeur diagnostique pour établir les lésions corticales de blessés de guerre, présentant, les uns, des parésies minimes limitées aux doigts, les autres des crises jacksoniennes; ou de réformés offrant des crises jacksoniennes d'origine spécifique (1). Depuis cette communication, nous avons eu l'occasion de recueillir d'autres exemples (anesthésie du bord interne de la main et de l'avant-bras, hypoesthésie radiale du tiers inférieur de l'avant-bras chez un blessé frontopariétal atteint de crises jacksoniennes, hypoesthésie tactile et stéréognostique du bord cubital de la main chez un blessé crânien atteint de crises jacksoniennes, anesthésie cubitale et crises comitiales jacksoniennes par syphilis cérébrale). Mais il exsistait, dans la plupart de ces cas, d'autres signes d'organicité : modification des réflexes, petits signes de parésie des membres inférieurs et supérieurs, brèche crânienne, etc.

Dans aucun cas, ce stigmate sensitif sur lequel on ne saurait trop attirer l'attention, ne nous avait été d'une aussi franche utilité, au point de vue médico-légal.

A PROPOS D'UN CAS D'ÉPILEPSIE JACKSONIENNE TRAUMATIQUE A PRÉDOMINANCE SENSITIVE NON AMÉLIORÉE PAR DES INTERVENTIONS SUCCESSIVES

par MM.

H. Roger,
Professeur de Clinique neurologique à l'Ecole de Médecine de Marseille.

Madranges,
Chirurgien à l'Hôpital Militaire de Marseille.

Les sages réserves du rapporteur M. Béhague, en ce qui concerne le traitement chirurgical de l'épilepsie traumatique, sont parfaitement corroborées par le cas suivant que nous nous permettons de rapporter, en raison de quelques particularités cliniques.

Le lieutenant Bonf... a fait, en septembre 1914, une chute de cheval sur le crâne, suivie d'un état comateux. Il est vu alors par un chirurgien qui constate une fracture étoilée de la région pariétale droite et qui après observation du malade se contente d'une ponction lombaire.

Quelques mois après, il réalise des crises jacksoniennes du membre supérieur gauche qui se renouvellent très fréquemment.

---

(1) H. Robert et G. Aymès. — Troubles sensitifs pseudo-radiculaires et parésie limitée aux doigts par blessure corticale. *Marseille Médical*, 1er avril 1919. — Troubles sensitifs permanents pseudo-radiculaires de la main gauche et crises jacksoniennes par lésion corticale spécifique. *Marseille Médical*, 15 septembre 1919.

En raison de ces crises, une intervention est décidée par notre collègue et ami Dr Sicard, alors chef du Centre neurologique de la 15e région, et réalisé en août 1916 par le professeur Dambrin : trépanation décompressive de la région pariétale droite.

Après une amélioration passagère, réapparition des crises. Traitement divers par les injections locales de fibrolysine aux alentours de la cicatrice, les médications sédatives du système nerveux.

Nous revoyons depuis lors à maintes reprises cet officier, avant et après sa réforme (1918).

Il continue à présenter environ tous les quinze jours des crises caractérisées surtout par des douleurs horriblement violentes dans le membre supérieur gauche ; parfois, à ces douleurs s'associent, mais pas toujours, quelques convulsions de ce membre et de la face, plus rarement une perte de connaissance. Un certain degré de parésie suit l'attaque. Dans l'intervalle, il persiste des sensations paresthésiques très désagréables du membre supérieur gauche.

Nous constatons quelques signes d'excitation du faisceau pyramidal gauche (grosse exagération des réflexes anti-brachiaux gauche, du rotulien gauche, ébauche de clonus gauche, pas de Babinski), et un état de dépression psychique assez accusé, avec réactions coléreuses, idées de suicide et parfois troubles de la mémoire.

Les crises douloureuses et les sensations paresthésiques permanentes, très désagréables, s'accentuant progressivement depuis un an, nous finissons, après bien des hésitations, à accéder au désir incessamment exprimé par le malade et son entourage, et à le faire entrer à l'hôpital militaire pour nouvelle trépanation.

Nous espérons trouver, soit une compression par l'os qui s'est reformé, soit des adhérences cérébro-méningées : la ponction lombaire montre une hypertension du L. C. R. avec hyperalbuminose nette : 0 gr. 45, et légère lymphocytose (5 éléments par m/m c.).

Dans une première trépanation, fin février 1921, on agrandit légèrement la brèche crânienne à peu près complètement fermée, et l'on abrase quelques épines osseuses comprimant nettement les méninges. Cet os très vasculaire donne lieu à des hémorragies très abondantes, difficiles à arrêter. (Nous apprenons ultérieurement que la trépanation de 1916, avait été interrompue en raison des mêmes incidents.) Pas de battements de la dure-mère. Amélioration passagère, puis reprise de quelques crises douloureuses.

En mars 1921, incision de la dure-mère qui s'est mise à battre depuis la trépanation. On ne trouve pas d'adhérences nettes ni d'abcès cérébral, mais un ramollissement rouge étendu qui occupe les circonvolutions pariétales supérieures, et qu'on respecte. Cette intervention est suivie d'un état de mal jacksonien avec crises incessantes de convulsions du membre supérieur gauche, de la face et même du membre inférieur ; une ponction lombaire ne montre pas d'infection méningée.

Cet état de mal comitial des plus graves dure 48 heures ; les crises vont ensuite s'espaçant.

La radiothérapie de la cicatrice est tentée.

A l'heure actuelle, le malade présente un peu moins de déficit intellectuel, mais toujours la même émotivité et irritabilité psychique. Malgré les essais de mobilisation, rendus difficiles par les douleurs persistantes, son membre supérieur gauche est plus contracturé qu'antérieurement. Quant aux sensations de fourmillements incessants, de brûlure, de striction de la main et de l'avant-bras gauche,

elles ne se sont pas modifiées, pas plus que les crises jacksoniennes douloureuses ou motrices.

Le malade conserve le même état anxieux, et serait prêt à nouveau à n'importe quelle intervention qui pût apporter un soulagement à son état.

Ainsi donc, voici un cas d'épilepsie jacksonienne nettement localisée et à prédominance sensitive, par suite des lésions situées dans la région postérieure de la zone rolandique, pour laquelle deux interventions, l'une ayant consisté en une simple décompression deux ans après la fracture crânienne par chute, l'autre en une exploration de l'encéphale sept ans après la blessure, n'ont pas amélioré l'état comitial ; la dernière intervention a même accentué la parésie et la contracture.

Cette intervention a montré qu'un ramollissement inflammatoire de la zone rolandique était ici le subtratum anatomique de l'épilepsie traumatique.

La plupart des chirurgiens ne publient que les succès brillants obtenus par leur cure opératoire ; ils risquent de créer ainsi, autour du traitement chirurgical de l'épilepsie traumatique, une opinion un peu trop enthousiaste qui réserverait ensuite au praticien bien des déboires.

C'est pourquoi nous avons cru faire œuvre utile en publiant l'observation que nous venons de rapporter.

Troisième Rapport

LA SIMULATION DES MALADIES MENTALES

Docteur A. Porot (d'Alger), *Rapporteur.*

L'étude de la simulation des maladies mentales doit être reprise dans sa conception, à cause de l'évolution des idées sur la simulation en général et sur l'hystérie, en raison aussi de nos acquisitions récentes sur les constitutions mentales morbides.

La solution médico-légale soulevée par chaque cas particulier a sa clef dans une *analyse psychologique* attentive et un *examen clinique* minutieux.

I. — ÉTUDE PSYCHOLOGIQUE

Le concept psychologique de *sincérité* est une valeur latente et relative, qui ne se présente pas comme une entité mesurable, se laissant situer d'une manière précise, à l'instar de la vérité et de l'erreur (Dromard). Comme tous nos sentiments, la sincérité a ses degrés, ses nuances, ses alliages.

Au point de vue médico-psychologique, simuler des désordres mentaux, c'est affecter dans ses attitudes, ses manières, ses propos, un état mental pathologique que l'on a pas en réalité, d'où l'étude de deux termes : 1° le *fonds mental* d'une part ; 2° l'usage plus ou moins adéquat à la vie intérieure que le sujet fait de ses *facultés d'expression*, d'autre part.

Or, il s'en faut qu'il n'existe de *troubles mimiques* que chez les aliénés. La mimique est soumise à des variations suivant l'âge, le milieu, l'éducation, le tempérament, la race, etc., et nos facultés d'expression peuvent, en certains cas, subir leurs perturbations propres qui ne traduisent pas toujours une atteinte du psychisme sous-jacent, et peuvent n'être que des déréglements passagers et superficiels de la mimique normale, phénomène analogue à ce que l'on observe en pathologie générale, où les troubles dits « fonctionnels », ne correspondent pas toujours à des altérations anatomiques des organes.

Ces grands désordres expressionnels, ces *délires d'expression*, constituent le terrain commun où se rencontrent pithiatiques et simulateurs, débiles et déments précoces, tarés et déséquilibrés, ce qui rend très malaisée la discrimination de leur maniérisme ou de leurs attitudes et entoure de tant de difficultés psychologiques et pratiques le diagnostic de simulation.

Les principaux *facteurs qui règlent, chez chaque individu, l'exercice des facultés d'expression* et dont la carence ou l'exagération provoquent des perturbations mimiques, sont :

a) Le *coefficient intellectuel et le développement des facultés critiques* (mimiques outrées, maniérées, discordantes des débiles ou des déments précoces) ;

b) La *richesse imaginative* (syndromes dégradés et naïfs de pithiatisme mimique ou sensoriel, chez les simples, ou grandes fabulations des mythomanes);

c) Le *degré de suggestibilité du sujet vis-à-vis de l'entourage* (fausse stupeur des émotifs, cabotinage suggéré des débiles).

Ainsi se multiplient et se nuancent à l'extrême les troubles de l'expression, chez des prédisposés fragiles, dont les réactions tiennent plus à un désordre du jeu extériorisateur, qu'à une perturbation profonde ou évolutive de la vie mentale.

Il peut exister une conscience plus ou moins précise de cette fausse expression ; le sens utilitaire ou de défense est souvent à la base de ces manifestations ; les conditions d'apparition font penser à la simulation, qui, en fait, est souvent seule en cause ; mais un psychiatre avisé doit pénétrer le mécanisme intime de ces productions inconsistantes pour démêler la part de calcul réfléchi d'imagination créatrice, ou d'impulsions instinctives. *La simulation consciente et voulue n'est que le terme extrême d'une série qui part des suggestions sincères.*

Dans la genèse des manifestations simulées, on peut distinguer : a) *la simulation vraie*, création pleinement consciente ; b) *la sursimulation*, surcharge mentale par amplification de tares ou de tendances préexistantes, exagération plus ou moins consciente ; c) *la métasimulation*, véritable phénomène de persévération, dans lequel le sujet, au sortir d'un état psychopathique, continue à mimer une folie dont les éléments sont empruntés à l'état morbide qu'il vient de traverser.

II. — ÉTUDE CLINIQUE

La simulation des maladies mentales a toujours un but utilitaire ; elle ne se rencontre guère que chez les délinquants ou les détenus, et augmente, dans les milieux pénitentiaires, avec « l'indice de délinquance ». Plus exceptionnellement, elle est motivée par l'appât du gain et de l'indemnisation (sinistrose, blessés de guerre); elle est alors plus « alléguée » que « simulée ». Elle a été signalée chez quelques prisonniers de guerre cherchant à se faire rapatrier, mais ne fut souvent qu'une surcharge à un état dépressif.

A) Simulateurs types cliniques

1° *Simulateurs vrais.* — La théorie de la « sursimulation » a été trop étendue, et a fait regarder d'un œil trop complaisant des sujets d'une entière mauvaise foi ; ce sont souvent, il est vrai, dc petits tarés, des amoraux, des inadaptés sociaux, mais leurs tares sont sans relation directe avec leur simulation et ne servent qu'à les libérer de tout scrupule ou à les exciter à user de la ruse pour sortir de la situation difficile où elles les placent.

Il y a des « récidivistes » de la simulation ; ils jouent souvent d'internements antérieurs, opérés à la légère et visent le retour à l'asile d'où, souvent, ils s'évadent ou qu'ils peuvent ensuite invoquer, comme antécédent.

C'est presque toujours dans dcs attitudes négatives de stupeur, de fausse catatonie, de mutisme, d'amnésie qu'ils se réfugient, et qu'ils sont capables de prolonger fort longtemps.

On a prétendu qu'une simulation longtemps soutenue pouvait altérer les facultés mentales ; il s'agit souvent d'erreurs de diagnostie et d'aliénés méconnus.

2° *Pithiatiques.* — On ne peut presque jamais discerner avec certitude l'hystérie de la simulation ; la bonne foi du pithiatique est trop souvent mitigée de sens utilitaire.

L'hystérie mentale, très réduite comme domaine, a encore, à son actif, un certain nombre de désordres purement mimiques et expressionnels, qu'une attitude sobre et ferme fait évanouir rapidement et dont les circonstances d'apparition ne montrent pas le désintéressement absolu.

La guerre en a suscité beaucoup, tels ces *syndromes mimiques grossiers* observés chez des débiles, surtout chez les indigènes où des accidents neurologiques (crises, plicatures, astasies, abasies, surdi-mutité). Ils s'enveloppent d'un état de stupeur et d'inhibition, se renforcent parfois d'idées superstitieuses de possession ; l'étroitesse d'esprit et l'entêtement expliquent leur persévération.

Le *puérilisme mental* est souvent, lui aussi, un phénomène d'éducation pithiatique, comme il peut être simulé.

Le pithiatisme mimique impose quelques réserves pronostiques et peut être un prodrome de démence précoce.

3° *Exagérateurs* (*sursimulateurs*). — « On ne simule bien que ce que l'on a », avait dit Lasègue, boutade qui avait porté à voir dans tout simulateur un malade ou un dégénéré ; de même l'expression de « sursimulation » (ingégnéries) a donné lieu à des abus sur le terrain pratique ; on peut être un simulateur tout en étant un taré, sans pour cela mériter l'étiquette de sursimulateur.

Le vrai sursimulateur amplifie des tendances morbides ou exagère des symptômes qui orientent sa simulation dans un sens déterminé, prévisible à l'avance.

Dans ce groupe rentrent :

a) *Les débiles exagérateurs,* qui spéculent sur leur niaiserie, leur émotivité, leur légère hypomanie, réagissent par des agitations factices, un maniérisme volontairement outré et caricatural ; leur entêtement confirme leur indigence mentale ;

d) *Les déprimés avec surcharge,* détenus qui font de petites *psychoses pénitentiaires,* mais qui exagèrent leur dépression, ou bien dégradés et déchus qui amplifient les suggestions déprimantes écloses dans leur esprit et peuvent faire des *tentatives de suicides* plus ou moins sincères, destinées à impressionner l'observateur ;

c) *Des impulsifs agités,* vicieux et pervers, qui déclanchent avec complaisance des crises *excito-motrices,* auxquelles ils sont portés ou ébauchent des thèmes de revendication ou de persécution.

4° *Persévérateurs (métasimulateurs).* — Le passage peut être insensible de l'état psychopathique réel à l'état simulé (pithiatisme post-confusionnel, utilisation de suggestions d'origine onirique).

Dans d'autres cas, il y a réflexion et utilisation retardée d'éléments cenesthésiques qui servent de charpente à la construction d'un faux délire.

B) Etats simulés (diagnostic)

Il y a autant d'aspects mentaux que de simulateurs ; les uns s'entêtent dans la persévération monotone d'un symptôme, estimant réduire ainsi leurs risques d'erreur ; d'autres chargent et multiplient, comme à plaisir, les discordances et les incohérences. Chacun y va suivant son tempérament, ses ressources intellectuelles ou imaginatives, sa capacité de résistance.

Chaque symptôme doit être posé en lui-même.

Les fausses stupeurs n'ont aucun des attributs de la vraie mélancolie (anxiété, refus prolongé d'alimentation) ; la *catatonie vraie* éclate en pleine confusion ou repose sur un fonds mental réellement atteint ; *l'amnésie* du simulateur est trop globale et se laisse entamer ; l'agitation des *faux maniaques* cesse la nuit ; la simulation des *délires* mérite un examen parfois plus approfondi (bouffées délirantes, niaises des débiles) ; le *faux persécuté* pressé par l'interrogatoire, soutient mal son rôle. Plus délicate est l'estimation du *maniérisme,* si fréquemment pathologique (débilité, démence précoce). De même, *l'absurdité* des propos. Le *syndrome de Ganser* (état crépusculaire, avec réponses systématiquement à côté) n'est pas une entité clinique ; il *a la valeur relative de toutes les discordances.* Il peut être un fait de pure simulation ; il apparaît chez des déprimés ou bien trahit une démence précoce ; on l'observe même dans des encéphalopathies organiques.

L'étude du coefficient volontaire et du coefficient d'attention, l'étude du regard sont d'un précieux secours dans le diagnostic. « L'œil est souvent rebelle à l'hypocrisie de la mimique. »

III. — PRATIQUE MÉDICO-LÉGALE

L'observation directe du simulateur doit se faire à la prison plutôt qu'à l'asile. Il faut se méfier des renseignements tendancieux (délires vrais ou maniérismes pathologiques qui se sont repliés sous les menaces), faire une critique minutieuse des antécédents invoqués. Le *flagrant délit* et l'*aveu* sont les deux critériums de la simulation. Encore faut-il faire des réserves sur certains aveux (aliénés ou débiles auto-accusateurs).

Une fois la capitulation obtenue, l'expert doit apprécier, dans la simulation, la part d'une suggestion ou d'une tendance morbide. On ne saurait trop insister sur la nécessité de ne confier de tels examens qu'à des médecins très compétents et familiarisés avec la mentalité des milieux où elle se pratique et où il est parfois nécessaire d'exercer une véritable prophylaxie.

Sur le terrain de la *responsabilité,* il n'y a que des cas d'espèce. Il faut laisser au sujet sa responsabilité réelle, celle que légitime sa valeur mentale exacte. La question de responsabilité se joue sur l'état mental du prévenu au moment du crime ou du délit, et, la plupart du temps, les manifestations simulées lui sont postérieures

Discussion du troisième Rapport

M. Hesnard (de Bordeaux) estime qu'il y a lieu d'insister davantage sur le rôle de la plasticité corporelle (mime) dans la simulation; certains sujets, en effet, peuvent simuler la folie, presque sans effort. Il y a donc lieu de considérer d'une part l'état mental, le fond mental, d'autre part, l'ensemble des symptômes expressifs spéciaux, comme la mimique, le langage, les vêtements du sujet, etc.

Ces délires d'expressions, d'ailleurs, c'est-à-dire délires où prédominent les troubles de l'expression, se rencontrent surtout chez les émotifs (certains soldats en particulier); ils obéissent peut-être plus à la suggestibilité qu'à leur propre volonté. A cet égard, l'influence du milieu est intéressante à étudier.

Docteur Vervaeck (Bruxelles). — Je tiens à féliciter le docteur Porot de son très intéressant rapport et à marquer mon accord, dans les grandes lignes, sur les principes qu'il y a défendus. Avec lui, j'estime qu'il existe, quoi qu'on en ait dit, de vrais simulateurs; encore qu'ils ne soient pas fort nombreux, en Belgique du moins, et qu'en règle générale leur dépistage n'offre guère de difficultés.

Plus intéressants certes, au point de vue médico-légal, sont les cas de psychose pénitentiaire, sur lesquels il serait peut-être utile d'insister plus longuement; car, leur diagnostic précis est souvent ardu et il exige une observation prolongée de ces malades, dans une section à caractère nettement psychiatrique.

Le polymorphisme clinique des psychoses se manifestant brusquement en prison — abstraction faite des affections mentales latentes, telle la paralysie générale, qui s'y révèlent aussi, — est de nature à troubler les médecins qui doivent les observer dans de mauvaises conditions.

Constatons-le en passant; parmi les psychoses pénitentiaires les formes de démence précoce et de stupeur, à symptomatologie hystérique sont les plus fréquents et les plus difficiles à diagnostiquer à leur début; elles sont révélatrices d'un état constitutionnel psychopathique; elles peuvent être parfois, à mon avis, la *persévération* morbide d'une tentative de simulation, maintenue avec ténacité par des dégénérés constitutionnels, au point que leur équilibre intellectuel instable vient à y sombrer. La concentration mentale qu'exige la simulation et la dénutrition qu'elle entraîne forcément peuvent, à mon sens, tout autant que les chocs émotifs en prison, déclencher une évolution de psychose pénitentiaire.

Mais on ne saurait assez y insister : une prédisposition morbide aux réactions démentielles est indispensable pour qu'elles puissent se produire dans de telles conditions; et cet élément n'est pas de nature à simplifier le problème de la responsabilité pénale des prévenus atteints de psychose pénitentiaire; encore une question au sujet de laquelle je serais heureux de connaître la pensée du distingué rapporteur.

Mon intervention dans cette discussion a surtout pour but d'insister sur les conditions qui me paraissent indispensables à l'observation scientifique de la simulation en prison et des psychoses confusionnelles avec lesquelles on peut la confondre.

Sauf cas exceptionnels, elle doit, à mon avis, se faire en prison, mais elle exige, pour être scientifique, l'organisation d'un quartier d'observation psychiatrique dans les centres pénitentiaires importants.

Quoique l'idée de conserver en prison des malades mentaux froisse la conception moderne de la psychiatrie, qui réclame pour eux des cliniques et des services hospitaliers, aussi analogues que possible aux hôpitaux ordinaires, il faut cepen-

dant tenir compte également des exigences légitimes de la défense sociale contre une criminalité toujours croissante et toujours plus audacieuse. Au surplus, des arguments de sentiment et d'opportunité rendent parfois difficile le séjour dans un asile ordinaire de prévenus criminels aliénés ou suspects de déséquilibre mental. L'expérience l'a prouvé d'ailleurs ; le transfert de prévenus ou condamnés malades dans un hôpital ou un asile offre de graves inconvénients : frais considérables de surveillance et d'entretien ; dangers d'évasion, etc.

Il est intéressant de rappeler brièvement comment a été résolue, dans quelques pays, la question de l'observation et de l'internement des délinquants aliénés.

Trois tendances se sont manifestées parmi les psychiatres pour réaliser l'internement des criminels aliénés : 1° *L'annexe psychiatrique de la prison* préconisée par la majorité d'entre eux et notamment par Kinberg (Stockholm), Petren (Suède), Muggia (Pise), Von Listz, Van Deveuter, Lagriffe (Paris) ; 2° *La section criminelle dans un asile* ordinaire défendue surtout par Aschaffenburg et Berger ; 3° *L'établissement spécial* intermédiaire ou prison asile que recommandent Hoffman, Wagner et Riva.

L'intéressant rapport du Dr Kéraval (Paris) au Congrès d'anthropologie criminelle en 1911 est à consulter à ce sujet : « l'internement des aliénés dangereux ».

En France et à Vienne, on a créé des établissements spéciaux pour aliénés dangereux et criminels. En Allemagne, plusieurs grandes prisons — Moahit, à Berlin, notamment -- possèdent des annexes psychiatriques dont l'organisation a été exposée lors du Congrès de 1910. Mais c'est aux Etats-Unis que leur réalisation est entrée véritablement dans la pratique habituelle du régime pénitentiaire et on les y rencontre dans le plupart des prisons.

Une modalité intéressante de l'annexe psychiatrique pénitentiaire a été créée à New-York, dans une clinique universitaire importante ; celle-ci comprend une section réservée aux prévenus soumis à l'expertise mentale ; mais alors que le service médical dépend entièrement de la clinique psychiatrique, la garde des délinquants est assurée par l'administration pénitentiaire, dont le personnel surveille jour et nuit l'unique porte de l'annexe.

La réalisation des réformes pénitentiaires en Belgique, basées sur la conception anthropologique du traitement des détenus — conception qui lui donne une orientation nettement thérapeutique dans tous les domaines, sans sacrifier toutefois le principe de l'intimidation, — a permis de créer dans le régime pénitentiaire belge toute une gamme de sections et d'établissements à spécialisation médicale.

Parmi d'autres, je vous signale un sanatorium pour tuberculeux, une colonie neuro-psychiatrique pour épileptiques, une colonie pour débiles mentaux susceptibles de fournir un travail agricole, une section pour aliénés et toxicomanes non dangereux à la colonie de Reckheim, les criminels dangereux étant maintenus à l'asile de l'Etat à Tournai ; enfin, deux prisons-écoles pour jeunes délinquants.

Une telle conception du traitement pénitentiaire qui revient en somme à son individualisation médicale et pédagogique, n'était réalisable qu'à la faveur d'une sériation méthodique et scientifique des délinquants. C'est là la tâche réservée au service d'anthropologie pénitentiaire en Belgique.

Ce service disposera dans les neuf grandes prisons du pays d'un laboratoire, bien outillé, dirigé par un aliéniste familiarisé avec les méthodes d'observation de l'anthropologie criminelle moderne ; ce médecin est assisté par un personnel ayant reçu une formation psychiatrique et anthropologique.

Après un examen approfondi, les condamnés sont transférés dans l'établissement ou la section pénitentiaire qui leur convient.

Dès à présent, les laboratoires du service d'anthropologie fonctionnent dans les deux prisons de Bruxelles, dans celles de Louvain, Anvers, Gand et Liége ; prochainement s'ouvriront les laboratoires de Mons, Bruges et Namur.

Au point de vue psychiatrique, ils disposent de :

1o Une section pénitentiaire spéciale pour débiles et irréguliers mentaux de toute catégorie, susceptibles d'être maintenus dans la prison ordinaire ;

2o D'un quartier d'observation ou annexe psychiatrique, destiné à recevoir les prévenus et les condamnés atteints ou suspects de maladie mentale.

C'est sur l'organisation même de cette annexe psychiatrique que je voudrais retenir quelques instants encore l'attention du Congrès.

Elle comprend une ou deux salles de 4 ou 8 lits, quelques cellules d'isolement, une salle d'hydrothérapie permettant la balnéation continue, un cabinet médical, une chambre pour l'infirmier qui assurera la surveillance de la section, enfin quelques locaux accessoires.

Le principe de la surveillance permanente, nuit et jour, y sera appliqué ; les infirmiers devront, à défaut de diplôme, avoir fait un stage dans un asile et être habitués à l'observation des malades mentaux ; leur éducation professionnelle sera complétée par des lectures et des conférences ; des cours d'hygiène, de médecine et de psychiatrie pratiques sont donnés à tout le personnel pénitentiaire (24 leçons).

L'annexe psychiatrique recevra tous les prévenus soumis à l'expertise mentale qui nécessitent une observation spéciale et les condamnés suspects ou atteints de psychose ; n'y seront maintenues que les affections curables dans un délai de quelques semaines.

Le service médical de l'annexe est dirigé par le médecin du laboratoire d'anthropologie pénitentiaire qui, rappelons-le, est un aliéniste de carrière.

Inutile de l'ajouter, tous les médecins légistes seront bien accueillis et documentés au quartier d'observation psychiatrique.

Somme toute, l'organisation de ces annexes dans toutes les prisons importantes permettra d'y maintenir et d'y étudier dans des conditions scientifiques les malades mentaux et les simulateurs ; au point de vue médical, ils y seront traités comme dans un asile moderne.

Telle est la solution adoptée par l'administration pénitentiaire belge ; elle répond, je pense, à toutes les exigences de la science psychiatrique moderne, tout en protégeant la société contre les réactions dangereuses des simulateurs et des aliénés criminels.

Il me reste un dernier mot à dire. Je crois être l'interprète de tous mes compatriotes en disant à nos collègues français tout le plaisir que nous avons éprouvé en écoutant les rapporteurs du Congrès de Luxembourg.

Au charme d'une langue souple et harmonieuse, d'une pensée toujours claire, s'est ajouté pour nous le vif intérêt des synthèses précises et puissantes que constituent les rapports qui possèdent les qualités traditionnelles de la science française.

Le Congrès de Luxembourg réalise une des manifestations les plus brillantes de la psychiatrie française.

Delahet (de Toulon) montre la nécessité de distinguer les symptômes subjectifs et objectifs dans les moyens concourant au diagnostic de la simulation.

Au sujet de la difficulté de différencier l'hystérie et la simulation, il est nécessaire d'être prudent quant à l'affirmation de l'hystérie chez les sujets présentant des troubles psychiques suspects. Les symptômes hystériformes du début de la démence précoce sont importants ; ils se traduisent par un état d'inhibition corticale qui se

manifeste d'ailleurs aussi bien par des crises épileptiformes que par des crises hystériformes, ce qui laisse supposer qu'il pourrait y avoir quelque chose de commun dans la modalité physiopathologique des convulsions en général. L'importance des signes pbysiques (réflexes, moteurs et sensitifs) concourt à faire reconnaître de façon permanente cette inhibition corticale (psychique supérieure).

Quant au chantage au suicide, il ne faut pas trop se baser sur une prétendue conservation de l'autocritique pour l'affirmer; l'impulsion au suicide est un mode de révélation fréquent de la démence précoce au début, chez des sujets déjà touchés dans leur affectibilité, alors que leur intellectualité proprement dite ne paraît pas encore altérée.

Docteur Paul Voivenel (de Toulouse). — Je voudrais dire un mot très court au sujet de la simulation auprès des conseils de guerre divisionnaires aux armées. J'ai eu l'occasion d'examiner tous les inculpés dont un commissaire du gouvernement, exceptionnellement averti des choses de la neuro-psychiatrie, demandait l'expertise. Les délits les plus intéressants étaient des fugues actives ou passives, des abandons de poste, des désertions. C'est en examinant ces inculpés que j'ai parfait les impressions de « *peur morbide acquise* » et d' « *hémorragie de la sensibilité* » que j'avais éprouvés en ligne, auprès de mes camarades de bataillon. Je n'ai jamais cru deviner une tentative de simulation ou de sursimulation.

Je veux souligner ici l'importance particulière des témoins dans le dossier d'enquête, soldats, caporaux, sous-officiers, chef de section, commandant de compagnie. Dans les cas de poltronnerie pathologique, j'avoue avec une satisfaction qui convient à mon amour des choses simples que je n'ai eu la plupart du temps qu'à transposer en termes dits scientifiques les diagnostics de ces témoins. Les témoins de ce genre, en effet, vivant en commun avec les inculpés dont ils ont partagé la même paille... et les mêmes poux, ayant d'ailleurs cette compréhension aiguisée que j'ai constatée chez les hommes au contact permanent du danger, comparant le passé de leurs camarades inculpés à leurs réactions actuelles, m'ont toujours donné une impression que l'examen de l'inculpé a fortifiée, si bien que j'ai pu dire à la Société de médecine légale : *le diagnostic de peur morbide est un diagnostic de caporal.*

M. Dupré (de Paris), à l'inverse du rapporteur, pense que la simulation vraie est des plus fréquentes et croit que l'on est d'accord sur sa fréquence et sa réalité. Il fait observer qu'il n'a pas été question, dans le rapport, de la *dissimulation des maladies mentales*, c'est-à-dire la simulation de la santé chez un malade, par exemple, chez des sujets désireux de quitter l'asile.

M. Anglade (de Bordeaux) confirme l'opinion de M. Dupré. Il cite le cas de prisonniers français en Allemagne ayant simulé des troubles mentaux pour se faire rapatrier; or il se trouvait qu'ils étaient véritablement des aliénés.

M. Buffet (d'Ettelbrück) est du même avis.

M. Chavigny (de Strasbourg) estime, qu'au point de vue militaire, rien n'est organisé dans le but de dépister les simulateurs. Il émet le vœu que, dans l'organisation psychiatrique dans les prisons, on assure à ces services un personnel infirmier compétent et stable.

Sur la proposition du Président, M. Chavigny est prié de rédiger le vœu qui sera voté à la réunion de l'assemblée générale du Congrès.

M. Dupré (de Paris) abonde dans ce sens et se félicite qu'à l'Infirmerie spéciale du Dépôt, le personnel soit tellement bien éduqué et stylé par une longue pratique

qu'il fait le diagnostic presque à coup sûr, et facilite singulièrement la tâche du chef de service.

Docteur Bérillon (de Paris). — On peut, sans témérité, envisager le cas où un simulateur exercé, ayant triomphé de la compétence de l'expert, une décision administrative ou judiciaire en sera résultée.

Placé dans un asile, il sera fondé, en l'absence de troubles mentaux actuels, à obtenir du médecin traitant sa mise en liberté. Au point de vue légal, le médecin expert et le médecin traitant, fussent-ils confondus dans la même personne, doivent l'ignorer. Le simulateur ne peut-il pas invoquer l'application du secret professionnel! Dans un cas récent, le simulateur avait cru simplifier la question en sortant de l'asile par évasion. Son cas en fut, au contraire, compliqué par l'impossibilité de rentrer en possession de ses papiers et de son argent conservés par l'Administration.

Sur mon conseil, pour cesser d'être maintenu dans la situation d'aliéné, il dut se soumettre à nouveau à l'examen mental.

N'y aurait-il pas lieu de prévoir la situation du pseudo-aliéné dont le placement à l'asile a été le résultat d'une simulation et de fixer les mesures par lesquelles le rétablissement de la vérité pourra être légalement obtenu?

M. Porot remercie les orateurs de leur contribution à la connaissance clinique ou au diagnostic de la simulation. Pour ce qui est du diagnostic d'avec l'hystérie et la démence précoce, chaque aspect clinique, chaque cas particulier le soulève et l'on pourrait dire de la simulation ce que l'on a dit du problème de la sincérité: « que sa circonférence est partout et son centre nulle part ».

Avec M. Chavigny, M. Voivenel, il croit à l'utilité des renseignements fournis par les personnes en contact habituel avec le sujet suspect et, pour sa part, les utilise dans certaines circonstances, ce qui justifie la nécessité d'un personnel choisi et stable dans les services d'observation pénitentiaire et psychiatrique.

Il est heureux d'enregistrer les bons résultats obtenus en Belgique pour l'observation de ces sujets et en félicite le docteur Vervaeck.

Quant à l'observation du professeur Dupré, touchant la dissimulation de l'état pathologique, il rappelle que la limitation étroite de son sujet ne lui permettait d'envisager que la simulation des maladies mentales et non celle de la santé mentale. C'est au même titre qu'ont été volontairement écartées de ce rapport les *folies alléguées*, les *folies dissimulées*, la *simulation de l'épilepsie*.

Communication relative au troisième Rapport

DE LA SIMULATION DES INVALIDITÉS DE GUERRE CHEZ LES ALSACIENS DÉMOBILISÉS DE L'ARMÉE ALLEMANDE

par Paul Courbon (de Stéphansfeld).

Le retour aux conditions d'existence du temps de paix, après quatre années de guerre, où l'État pourvoyait en partie aux besoins des individus, ne se fit pas sans beaucoup de peine dans tous les pays belligérants. En Alsace et en Lorraine, il se compliqua des difficultés imposées par l'introduction d'un nouveau régime politique

et par l'emploi d'une langue nouvelle. Et consécutivement, il est aisé de se représenter que le sentiment de son infériorité pour la réadaptation à la vie civile, éprouvé par tout démobilisé, dut être plus considérable que nulle part ailleurs dans les provinces désannexées.

Pour cette première raison, les Alsacieus et les Lorrains furent portés plus que quiconque à chercher appui auprès de la collectivité, en invoquant des invalidités plus ou moins rémunératrices. Autre raison pour fortifier cette tendance, le frein du scrupule qui retient l'individu au moment d'infliger une charge à ses compatriotes était remplacé, au contraire, par l'appétissante illusion de se venger de l'ennemi. Il n'y avait pas à se gêner, puisque c'étaient les Boches qui paieraient, et qu'après tout, on avait été forcé par eux à se battre pour eux.

L'étude des réactious des Alsaciens, à l'égard des sollicitations de cette nature, comporte deux parties, celle de la sinistrose et de la simulation d'après gnerre. Mais c'est cette dernière seulement qui forme l'objet de ce travail.

Le champ d'observation a été fourni par le Centre de Réforme de Strasbourg, ou plus exactement par la catégorie neuro-phychiatrique de ce centre. L'examen a porté en grande majorité sur des cas d'ordre neurologique : blessés ou malades du système uerveux, sans trouble mental, tandis que les cas d'ordre psychiatrique — sujets présentés pour troubles mentaux — étaient beaucoup plus réduits.

Le résultat de ces exameus a fourni ce pourcentage : sur 100 expertises, 37 ont une invalidité inférieure à 10 %, c'est-à-dire ne comportant aucune indemnisation, et parmi ces 37, il en est 11 chez qui aucune constatation positive ne garantit le fondement pathologique des troubles subjectifs allégués, ou des troubles objectifs exhibés. Mais il faut bien se garder de conclure à l'insincérité certaine de ces 11 cas. Les conditions de rapidité d'une expertise dans un Centre de Réforme n'autorisent qu'exceptionnellement pareille affirmation. L'investigation *neuroscopique* (1) peut y être assez complète pour conclure à la présence ou à l'absence d'une invalidité pathologique même légère ; par contre, l'investigation *psychoscopique* (2) ne saurait s'y exercer avec assez d'ampleur, pour permettre de démêler la part respective du tempérament plus ou moins douillet ou fragile, du caractère plus ou moins dépourvu d'énergie, de la suggestibilité plus ou moins grande de l'expertisé.

De plus, il est à remarquer que, même lorsqu'il y eut insincérité, celle-ci fut souvent si légère et avait été d'autre part tellemeut provoquée par les circulaires officielles, conviant les anciens militaires du Kaiser à venir faire voir s'ils revenaient intacts de leur service, qu'on est rarement en droit de lui appliquer le mot de simulation. Ce mot, avec tous ses attributs péjoratifs, ne saurait être infligé qu'à une proportion minime des cas.

Pour toutes ces raisons, les considérations ici développées débordent un peu le cadre qu'une interprétation stricte du titre de l'article pourrait leur assigner. Le but de l'auteur n'a pas été d'authentifier des cas de simulation, il a été de dégager, à l'occasion de la disproportion constatée entre l'intensité de certaines manifestations extérieures et l'insignifiance de leur substratum pathologique (simulation ou exagération), quelques aspects de la meutalité alsacienne.

On envisagera successivement invalidité organique et invalidité mentale.

---

(1) Voir pour l'explication de ces termes, Laignel-Lavastine et Courbon, *in Paris médical* 1917, le 7 juillet, et Les Accidentés de la Guerre, 1 vol., des *Actualités médicales*, 1919, Baillières.

(2) *Loc. cit.*

I. — Invalidité organique sans caractère pathologique apparent

A. — La plus grande partie de ces invalidités ne s'accompagnait d'aucun substratum. Et l'ou peut établir entre elles les catégories suivantes :

1° *Selon la vraisemblance du rôle étiologique joué par la guerre.* — La majorité des sujets avait été hospitalisés ou réformés temporaires pendant la guerre. Beaucoup étaient à l'hôpital ou réformés à l'armistice. Quelques-uns n'avaient jamais été blessés ou malades pendant la guerre. Quelques autres avaient été invalides avant guerre, puisque n'ayant pas fait de service militaire et ayant été tardivement mobilisés. Les deux premiers groupes pouvaient, avec plus d'assurance que les autres, incriminer la guerre, tandis que le troisième est le plus suspect d'insincérité. Le mécanisme de ces iuvalidités fut la « réactivation » (1) pour le premier et le troisième groupes, la « persévération » (2) pour le second, « l'innovation » pour le troisième.

2° *Selon la nature des troubles observés.* — Les troubles subjectifs, sans aucun signe physique, ont été le plus nombreux dans une proportion de 9 fois sur 11 : douleurs, éblouissements, vertiges, faiblesses, crampes, etc. Les troubles physiques à apparence arbitraire et nullement pathologique : boiteries, fantaisistes, inactivités fonctionnelles, tremblements grotesques, faux Romberg, attitudes vicieuses, altération de la voix et de la parole, applications ostentatoires de teinture d'iode n'existèrent, au contraire, qu'eu raison de 2 fois sur 11. Les crises couvulsives ne sont pas entrées en considération dans l'établissement de cette statistique.

3° *Selon le caractère des individus.* — La présentation de ces troubles apparemment dépourvus de fondement pathologique fut différente, suivaut qu'il s'agissait d'un caractère *actif* (3), qui commentait et démontrait abondamment son invalidité, — d'un caractère *passif* (4), qui se conteutait de l'exhiber, — d'un caractère *sensitif* (5), qui cherchait à attendrir l'examinateur, notamment par des professions germanophobes et gallopbiles.

4° *Selon leur intelligence.* — Les débiles mentaux (5) exagéraient d'une façon grotesque, selon leur habitude. Ceux à intelligence normale étaient plus adroits. Mais d'une façon générale, presque tous ceux dont l'insincérité était manifeste, jouaient mal leur rôle par suite d'un manque étonnant de méfiance. Après avoir accusé d'effroyables vertiges ou des raideurs vertébrales, ils prenaient avec l'aisance la plus alerte, les positions les plus abracadabrantes qu'on leur prescrivait ; en se revêtissant, ils oubliaient les impuissances qu'ils avaient manifestées en se déshabillant.

5° *Selon leur profession.* — Ce sont surtout les employés des grandes administrations qui exagéraient.

6° *Selon leur origine ethnique.* — Il en était pour les invalidités organiques sans substratum, comme pour les invalidités mentales de même ordre.

B. — Parfois, à une invalidité organique évidente, le sujet surajoutait une autre que rien ne légitimait. Et souvent, il compromettait par là son intérêt, car la perception de cette invalidité sans cause risquait d'égarer le médecin. Quelques épileptiques, croyant corser leur cas, faisaient de leurs crises une description telle qu'on aurait porté le diagnostic d'hystérie. Des paralytiques du radial, dont le nerf

(1) (2) (3) (4) *Loc. cit.* — (5) Laignel-Lavastine et Courbon. — La simulation des troubles fonctionnele du eystème nerveux par lee débiles mentaux, *in Société médico-psychologique*, juin 1916.

sectionné n'était pas réparé, ne laissaient pas tomber leur main sous l'action de la pesanteur, lorsqu'on leur ordonnait de l'ouvrir, après avoir mis leur avant-bras en supination, etc. Ces cas de *sursimulation organique* sont le plus grand écueil pour l'expert.

II. — Invalidité mentale sans caractère pathologique apparent

L'amnésie et l'incohérence furent, comme on pouvait s'y attendre, fréquemment alléguées. Mais le syndrome mental qui fut le plus souvent présenté est celui de la *peur*. De grands et vigoureux gaillards, venus tout seuls de leur lointain village, portant sur le hâle de leur peau et dans les callosités de leurs mains la preuve d'une validité très grande, se mettaient subitement en présence du médecin à flageoller des jambes, à secouer les bras, à branler la tête, à haleter, à rouler des yeux exorbités, à claquer des dents, à ne répondre que par des paroles entrecoupées, le plus souvent inintelligibles. La recherche de leurs réflexes corporels, le moindre geste de l'examinateur déterminaient un redoublement de cette mimique de l'effroi. Et les quelques réponses qu'on pouvait leur arracher étaient pour déclarer qu'ils n'avaient plus leur tête à eux et ne pouvaient rien faire depuis une frayeur de guerre.

En somme, il s'agissait de la reproduction outrancière des signes extérieurs d'une émotion d'épouvante que le champ de bataille ou quelque scène terrifiante leur avait jadis infligée. Ces « *peurs simulées* » *sont ce qui me semble caractériser la simulation d'après guerre*, car, outre les sujets chez lesquels elles constituaient à elles seules tout le syndrome, on pouvait remarquer quelques-unes de leurs manifestations chez la plupart des simulateurs d'invalidités organiques. Et ce caractère est indépendant de toute origine ethnique, car je l'ai rencontré chez des démobilisés de France aussi bien que d'Alsace.

Par contre, en ce qui concerne les Alsaciens, il faut retenir la particularité suivante : c'est que la très grande majorité des cas de « peurs simulées » furent constatés chez de solides garçons, porteurs du costume pittoresque de Wissembourg, c'est-à-dire de la courte veste noire aux deux rangées de petits boutons et dépourvue de col. Vérification faite de leur origine, ils habitaient la riche et charmante région qui s'étend au nord de la forêt d'Haguenau. Et ce n'est que plus tard, en recherchant les documents nécessaires pour un travail sur la psychiatrie en Alsace à travers les âges (1), que je trouvai une explication de ce fait. J'appris, en effet, que la population de cette contrée se distinguait considérablement de celle du reste de l'Alsace. Elle y est plus svelte, plus fine, plus pigmentée de noir, plus adonnée à l'équitation. C'est elle, disent deux professeurs de la Faculté de médecine de Strasbourg, Stoeber et Tourdes, dans un ouvrage paru en 1863, qui fournit les conscrits de la plus haute taille. Son dialecte est différent. Il en est de même du costume, qui rappelle celui du paysan suédois, ce qui n'est pas étonnant à cause de l'immigration suédoise aux XVIIe et XVIIIe siècles.

De cette originalité ethnique, deux interprétations sont fournies. D'après l'une, on aurait à faire, entre la Lauter et la Moder, aux descendants d'une tribu particulière des peuplades celtiques ou germaniques. D'après l'autre, qui paraît plus acceptable, l'embellissement de la race serait dû aux mariages contractés sur place par les soldats d'un prince des Deux-Ponts, qui, à la fin du XVIIIe siècle, recruta son

---

(1) Congrès international d'Histoire de la Médecine de Paris, juillet 1921.

armée à la façon du roi de Prusse, parmi les plus grands gaillards d'Europe. De la sorte; l'hérédité mercenaire de nos sujets expliquerait leur impérieux désir d'une rémunération de leurs services militaires.

III. — Conclusions

Au point de vue général. — La « simulation d'après guerre », c'est-à-dire la simulation d'invalidité par les démobilisés, a pour caractère de s'accompagner des manifestations extérieures de l'épouvante. La fréquence de ces « peurs simulées » s'explique aisément du fait que les scènes terrifiantes du champ de bataille, de l'invasion, des bombardements, ont mis à la portée de quiconque veut simuler une mimique extrêmement impressionnante pour l'entourage et d'autant plus facile à reproduire volontairement, qu'on l'a observée plus souvent, sur soi-même ou sur autrui, au cours des hostilités.

Au point de vue ethnique. — La simulation réelle d'invalidité par les Alsaciens démobilisés de l'armée allemande a été rare. Et cette rareté mérite d'autaut plus d'être soulignée que les tentations de simuler furent plus fortes dans les pays désannexés que partout ailleurs, à cause des difficultés d'adaptation à un régime nouveau et de l'illusion que l'indemnité serait payée par l'ancien oppresseur. Cette simulation fut sans ténacité, à forme passive, dépourvue de méfiance, caractérisée surtout par des troubles subjectifs. Rarement le sujet se donnait la peine d'essayer une démonstration par l'exhibition de signes objectifs. C'était une simulation à la « bonne franquette », si l'on peut dire. — Enfin, la région qui fournit le plus gros contingent d'exagérateurs, est celle qu'habite une population nettement différenciée du reste des Alsaciens, et qui semble descendre d'ancêtres mercenaires nés hors de ce territoire.

COMMUNICATIONS

PSYCHIATRIE

LES TENDANCES ACTUELLES DE LA PSYCHOTHÉRAPIE

Par le Dr L. Schnyder (de Berne).

Il faut s'entendre tout d'abord sur le sens du mot psychothérapie : tandis que certains auteurs contemporains veulent désigner par ce mot à la fois un instrument thérapeutique (moyens psychologiques) et le but auquel il s'applique (traitement de l'âme), je crois préférable de réserver à la psychothérapie la signification de traitement par des moyens psychologiques et je la définirai : *un appel du psychisme du médecin au psychisme du malade, en vue de modifier chez ce dernier un état pathologique.*

Ceci posé, voyons quelles sont les tendances actuelles de la psychothérapie. Après avoir été longtemps empirique, liée à la personnalité du médecin, la psychothérapie est entrée peu à peu dans le domaine de la médecine scientifique. Elle doit cette évolution aux progrès de la *psychologie biologique*. Les méthodes anciennes de psychothérapie s'appuyaient toutes, plus ou moins, sur l'étude des phénomènes d'hypnose et de suggestion. Ce sont les méthodes qui, suivant l'expression de M. Pierre Janet, utilisent *l'automatisme*. On connaît la période brillante qu'a traversée la suggestion thérapeutique sous l'impulsion de Bernheim, à la fin du XIXe siècle. En 1904, Dubois (de Berne) expose les principes de sa *psychothérapie rationnelle* ou *persuasive* qui fait converger l'effort thérapeutique vers une éducation de la raison, dans le but de rendre l'homme plus apte à s'adapter aux circonstances de la vie. Cette psychothérapie présente un caractère éthique ou moralisateur qui lui attire, de la part de M. Pierre Janet, une critique injustifiée, à mon avis, si l'on considère que la moralité est le terme ultime de l'activité psychique et ne saurait être éludée par le médecin, dont l'effort thérapeutique vise à modifier l'homme tout entier. La psychothérapie rationnelle, si elle s'appuie sur une psychologie *à ciel ouvert*, ne méconnaît pas pour cela la psychologie des couches profondes qui fait l'objet de la *psychanalyse* de Freud. Cette dernière, malgré toutes les exagérations qu'on peut lui reprocher, a exercé sur la psychothérapie une action vivifiante ; mais ce serait une erreur de prétendre la considérer comme résumant en elle toute la psychothérapie.

Il y a, d'ailleurs, un grave inconvénient, en psychothérapie, à opposer les méthodes les unes aux autres, à pratiquer dans ce domaine un exclusivisme étroit.

La psychothérapie, plus que les autres modalités thérapeutiques, subit l'influence des courants de la pensée humaine. Il est incontestable que les cataclysmes qui ont frappé le monde ces dernières années ont profondément modifié l'évolution morale de l'homme. Ce dernier a perdu la belle sérénité d'esprit que confère la sécurité matérielle. Il s'est révolté contre les puissances intellectuelles qui n'ont pas su lui éviter les maux dont il souffre, et, dans son désarroi, il cherche un appui dans les puissances affectives toujours à sa portée. L'homme est entraîné par l'irrationalisme de sa pensée vers toutes les variétés du mysticisme social, politique et religieux. Ce courant gagne toutes les manifestations de l'esprit, et l'homme de science, lui-même, ne parvient pas toujours à s'en dégager. Aussi bien, voyons-nous la psychologie contemporaine se confondre avec l'étude presque exclusive des phénomènes affectifs et subconscients et la psychothérapie prendre un caractère anti-intellectualiste, mystique et symbolique, qui a trouvé dans la psychanalyse de Freud, son expression la plus significative. On assiste aujourd'hui à une floraison de méthodes de guérir qui répudient l'intervention de la raison, de la volonté, du jugement, c'est-à-dire des valeurs psychiques qui ont toujours conféré à l'homme sa supériorité.

La psychanalyse freudienne, née avant les événements qui ont ébranlé l'équilibre moral de l'humanité, est venue à son heure pour satisfaire ses aspirations vers des appuis nouveaux. En s'appliquant à l'étude des phénomènes subconscients, la doctrine de Freud a ouvert à l'investigation psychologique un champ immense, à peine exploré jusqu'alors. Il en est résulté un réel enrichissement de nos connaissances de la psychogénèse des états psychopathologiques, et la psychothérapie en a grandement bénéficié ; mais en ne limitant pas la signification de la psychanalyse à celle d'une méthode d'investigation, les disciples de Freud, exigeant de leur doctrine plus qu'elle ne pouvait donner, n'ont pas su éviter ce que Bleuler appelle la pensée *autistique* qui façonne la connaissance des choses sur la fantaisie de l'individu et prête au jugement un caractère subjectif. Les psychanalystes donnent souvent aux faits psychologiques une interprétation aventureuse ; le symbolisme psychologique, comme tous les symbolismes, conduit à des exagérations qui le ridiculisent, et, de plus, les psychanalystes ont été amenés à masquer l'imprécision de leur pensée par une abondance de néologismes et de tournures verbales qui les ont isolés du monde scientifique. La psychanalyse y a gagné ainsi un caractère ésotérique qui la rapproche de certains systèmes philosophiques. Très rapidement, elle a exercé sur les esprits cultivés, épris de curiosité philosophique et d'idées réformatrices, une séduction que l'absence de critique a rendue dangereuse. Je suis loin, du reste, de méconnaître tout ce que doivent à la doctrine freudienne la psychologie et la psychothérapie. La connaissance des mécanismes psychologiques du refoulement, de la conversion, du transfert, l'interprétation des rêves, des actes involontaires, des associations libres, ne peuvent être ignorées du psychothérapeute ; mais on peut dire de la psychanalyse : Pensez-y toujours, n'en parlez jamais !

C'est le grand mérite de l'école neuro-psychiatrique française, de s'être montrée réservée à l'égard des doctrines freudiennes et de ne les avoir pas appliquées aveuglément au traitement des états névropathiques. Elle a fait preuve de ce respect de la mesure qui est une des marques essentielles de l'esprit latin, et si certains principes de la psychanalyse, comme c'est à souhaiter, pénètrent peu à peu dans la science neuro-psychiatrique en France, ce ne sera qu'après une épuration préalable qui lui fera éviter les exagérations dangereuses et le ridicule qui entachent le mouvement psychanalytique dans certains pays.

Si la psychothérapie ne saurait être inféodée à telle méthode, à tel procédé, quels sont les caractères qu'elle doit présenter pour revendiquer, dans la thérapeutique scientifique générale, une place qui ne lui soit plus contestée ?

Il est incontestable que l'étude de la psychogénèse d'un état psychonerveux est d'une importance capitale dans le traitement de ce dernier. C'est pour cela que la psychanalyse, primitivement méthode d'exploration, est devenue méthode thérapeutique. Certes, dans un grand nombre de cas, l'action thérapeutique se confond avec l'analyse psychologique. Les effets cathartiques, libérateurs, de la psychanalyse sont bien connus. Mais la suppression d'un symptôme morbide, si pénible soit-il, n'est pas, à mon avis, l'objectif final de la psychothérapie. Le médecin demandera à cette dernière de modifier *toute* la personnalité du malade, de fortifier son jugement, de relever son niveau moral, bref, d'exercer sur l'individu une action éducatrice dans le sens le plus large du mot. A la partie *analytique* de la psychothérapie doit s'associer une partie *synthétique*. Certains psychanalystes, émancipés de la doctrine primitive du maître de Vienne, tel M. Maeder, de Zurich, attribuent à cette partie synthétique de la psychothérapie une très grande importance. Pour ce dernier auteur, l'acquisition d'une conception personnelle de la vie est considérée comme le couronnement de la reconstitution d'une personnalité faussée par les influences de milieu défavorables. Qu'est cela ? sinon l'élément éthique qui caractérise l'œuvre psychothérapique de Dubois. Par son caractère intellectualiste, par l'appel qu'elle fait aux facultés raisonnables de l'homme, par son inflexible logique et sa haute portée éthique, elle est bien ce couronnement de la psychothérapie dont les psychanalistes eux-mêmes ont proclamé la nécessité. Appuyée sur les données de la psychologie biologique, associée aux méthodes psychanalytiques, elle sera ce que j'ai appelé la *psychothérapie intégrale* qui, affranchie des mesquines préoccupations d'école, des engouements éphémères de l'opinion publique et, autant que possible, des fluctuations de l'esprit humain, saura faire contribuer toutes les acquisitions de la science psychologique, tous les leviers psychologiques approuvés par la critique raisonnable, au traitement des maladies.

On opposera à cette conception de la psychothérapie le principe étroitement utilitaire suivant lequel l'homme cherche avant tout à se débarrasser de ses maux. On dira que le médecin ne doit pas être trop rigoriste à l'égard des moyens mis en œuvre pour atteindre ce but. Oui, sans doute, le monde a toujours la psychothérapie qu'il mérite, c'est-à-dire celle qui correspond à sa culture intellectuelle et morale, et il n'a pas l'habitude d'approfondir la valeur psychologique d'un mode de traitement. Mais le médecin, lui, peut soumettre cette valeur à son jugement critique. Il ne doit pas se mettre à la remorque du public et pratiquer l'adage : *mundus vult decipi, ergo decipiatur !* Sa mission n'est pas de supprimer chez le malade tel trouble psychonerveux par des moyens irrationnels qui font la fortune des thaumaturges de tout acabit. Il ne doit pas borner ses efforts à une thérapeutique symptomatique, mais il donnera à sa psychothérapie une valeur éducatrice et réformatrice. Par là, il contribuera au perfectionnement psychologique et moral de l'humanité, qui, à certaines périodes critiques, parait irrémédiablement compromis. La psychothérapie devra pour cela faire appel à la raison si décriée aujourd'hui. Il n'en a pas été toujours ainsi, et c'est Malebranche qui a dit : « Il vaut mieux renoncer à tout qu'à la raison ; la raison ne meurt point, la raison ne change point. Elle donne à tous ceux qui la possèdent l'immortalité dans la vie et l'immuabilité dans la conduite. »

M. Bérillon parle de sa méthode de traitement par l'hypnotisme.

Dr Voivenel (de Toulouse). — A peine un mot pour dire que je ne donne pas, dans la psychothérapie, la même importance que M. Schnyder à la raison.

La mentalité humaine n'a jamais changé. Si je crois à la *loi de constance intellectuelle* de Remy de Gourmont, je crois hien davantage à la *loi de constance affective*. L'homme n'est ni plus intelligent, ni moins affectif, et il faut toujours plus frapper son imagination que sa raison. Les Asclépiades, Mesmer, le Pulsocon de Macaura, de joyeuse mémoire, les rehouteurs et certaiues exagérations de la psychoanalyse, ont agi et agissent sur les malades, en touchant essentiellement l'*affectivité, l'imagination et la croyance*. Le raisonnement est la cendre de la flamme qu'est l'affectivité. J'estime en outre que la psychothérapie repose tellement sur ce que je pourrais appeler la « radioactivité » personnelle du médecin traitant, que je la considère plus comme un art que comme une science.

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE DES SÉQUELLES PSYCHOPATHIQUES DE L'ENCÉPHALITE ÉPIDÉMIQUE

par MM. Marcel Briand et A. Rouquier (de Paris).

L'attention des psychiatres est de plus en plus attirée sur la physiologie pathologique des trouhles mentaux qu'ils observent : il ne faut point penser, d'unc façon exclusive, psychologiquement, mais en pathologie mentale, comme ailleurs, anatomiquement et physiologiquement.

Nous essayons, depuis près de deux ans, M. Briand et moi, d'étudier les formes psychiques, primitivcs ou secondaires, dominant le tahleau clinique, ou survenant en éphinomènes, de l'encéphalite épidémique. Il est aujourd'hui hanal de répéter qu'elle s'accompagne presque constamment de trouhles mentaux. Mais on sait combien les formes frustes en sont fréquentes ; elles peuvent laisser après elles des séquelles mentales, comme des séquelles d'ordre neurologique, tenaces.

Je voudrais, à ce propos, vous rapporter hrièvement l'ohservation de deux malades.

La première pourrait s'intituler « délire hypocondriaque au cours d'un syndrome parkinsonien post-encéphalitique ». Il s'agit d'un jeune soldat, sans antécédents nets, chez lequel le virus encéphalitique, après avoir successivement provoqué, depuis le mois de janvier dernier, des paralysies oculaires, de la somnolence avec torpeur intellectuelle, des myoclonies, une hémiparésie gauche, des phénomènes douloureux dans cette moitié du corps, s'est fixé et a déterminé l'apparition d'un syndrome parkinsonien classique d'ahord fruste, puis progressivement accentué, et actuellement très grave, résistant, comme il est de règle, à toute thérapeutique. Le malade qui n'avait jamais présenté de troubles mentaux, si ce n'est la torpeur intellectuelle qui accompagne la forme stuporeuse de l'encéphalite, et qui, fait à noter, n'a jamais été confus, s'est mis un beau jour et, sans cause apparente, à fahriquer un délire hypocondriaque très actif.

Il croit que son estomac est percé, que sa vessie communique avec lui, que le lait qu'il absorhe passe directement dans son urine ; il n'en a plus que pour deux jours à vivre, etc.

Il s'exprime lentement et avec peine, comme tous les parkinsoniens ; aussi, préfère-t-il m'exposer par lettre ses doléances. J'en ai, pendant quinze ou vingt jours, reçu deux ou trois par vingt-quatre heures.

Je vais me permettre de vous en lire quelques-unes, choisies parmi les plus typiques.

Puis, un heau jour, tout rentre dans l'ordre.

Le malade m'écrit qu'il a été stupide, se rend rétrospectivement compte de son état et m'adresse des excuses que je ne lui demandais pas. Mais son parkinson s'aggrave.

A-t-il eu des hallucinations dc la sensibilité générale ? je ne le crois pas. Il a hien accusé une sensation de hrûlure au niveau de la vessie, mais ne l'a fait que passagèrement. J'ai eu l'impression que son délire était provoqué par l'interprétation fausse ou exagérée de sensations viscérales. A plusieurs reprises, il s'est plaint de sentir son estomac se resserrer, au point, disait-il, qu'il allait ne plus en avoir. Il n'a jamais vomi, mais n'a-t-il pas présenté des troubles fonctionnels de son tube digestif conditionnés par la maladie ? Je le crois sans peine. Il s'alimentait difficilement, réclamait une nourriture légère.

Les troubles dyseptiques ne sont pas constants chez les parkinsoniens. Ils peuvent exister. Notre malade s'en est exagéré l'importance.

L'un de nous a déjà relaté à la Société Médico-Psychologique (1) l'histoire d'un syndrome dépressif grave, sans idées délirantes, survenue chez un eucéphalitique dont le parkinsonismc était demeuré fruste. Il semhle que, lorsque des trouhles mentaux apparaissent chez ces malades, ils revêtent plus volontiers la forme dépressive, hypocondriaque ou mélancolique. On peut les opposer aux séquelles, aujourd'hui hien connues, qu'on ohserve de préférence chez les eufants et qui s'accompagnent d'excitation psychique, de turbuleuce, d'agitation, avec dans certains cas, onirisme nocturne. Ces malades ne font pas de maladie de Parkinson. Ils se rapprochent des maniaques, les premiers des déprimés. Il y a là très prohahlement une question de localisation de virus autant que de terrain.

II. — Le second de nos sujets a déjà fait l'ohjet d'uue communication à la Société médicale des hôpitaux. Il s'agit d'une eucéphalite grave, évoluant depuis près de deux ans et qui s'est compliquée peudant cinq ou six mois de polyurie atteignant huit ou dix litres. Successivement ont apparu chez lui des myoclonies, une hémiparésie alterne inférieure, des mouvements athétosiques localisés à la moitié droite du corps, et enfin des trouhles mentaux qui ont nécessité l'internement. Comme le premier, ce malade n'a jamais été confus. Anxieux, agité, extrêmement préoccupé par une constipation très réelle, interprétant toute sorte de sensations viscérales, vaguement persécuté, ne dormant pas, il est resté près de cinq mois à Villejuif, dans le scrvicc du docteur Colin. Puis, les troubles mentaux se sont progressivement estompés. Le syndrome neurologique s'est fixé. Le malade n'a plus actuellement que des mouvements athétosiques du memhre supérieur droit et un hémispasme du facial infćrieur du même côté. Les mouvements persistent pendant le sommeil. Sorti de l'asile, le malade se comporte actuellement comme un très grand déséquilibré. Il dort peu ou mal, réagit d'une façon excessive au moindre choc moral, se préoccupe toujours de son état, du fonctionnement de son tuhe digestif qui est aujourd'hui normal.

Cet état de déséquilihre est, l'interrogatoire le met facilement en évidence, postérieur à la maladie. La suggestihilité du pathologique, si je puis m'exprimer ainsi est, chez notre sujet, considérahlement augmentée. Il serait heaucoup plus

---

(1) Société Médico-Psychologique (Novembre-Décembre 1920).

facile, si on les recherchait avec insistance, de déterminer chez lui l'apparition des stigmates de la névrose que chez un autre malade.

Nos deux sujets ont fait des formes différentes, mais graves, d'eucéphalite épidémique. C'est à la base de troubles mentaux, en apparence primitifs, qu'il importe de rechercher l'infection discrète provoquée par le virus de Harvier et Levaditi. On pourra peut-être, le jour où nous posséderons une thérapeutique spécifique dirigée contre la maladie, améliorer, eu les traitant, des troubles psychiques servenus sans cause apparente. La tâche du clinicien serait bien simplifiée si nous possédions une réaction humorale quelconque, capable de mettre en évidence l'agent pathogène incrimiué.

M. Henri Claude (de Paris), à ce sujet, rapporte qu'il a observé plusieurs cas de troubles mentaux post-encéphalitiques avec suicide. Il cite notamment deux cas, l'un de mélancolie, l'autre de délire hypocondriaque. Il y avait chez ces deux malades des troubles cénestbopathiques (sensation de gonflement de la langue, troubles pharyngés, etc.) qui peuvent peut-être relever de troubles sympatbiques, ainsi que l'avait dit M. Laignel-Lavastine.

M. Laignel-Lavastine (de Paris) demaude à ce que l'on procède systématiquement dans ces cas frustes à l'exploration du sympatbique en recherchant le réflexe oculo-cardiaque exagéré chez les encéphalitiques.

M. Meige fait remarquer que cette étude constitue par anticipation une contribution au rapport qui sera fait à la procbaine session du Congrès.

SUR UN CAS D'OBSESSION GÉNITALE AVEC ANGOISSE ET TENDANCE A L'EXHIBITIONNISME CHEZ LA FEMME

par Henri Claude et H. Biancani.

Le cas que nous rapportons nous a paru digne d'intérêt, car, à l'obsession génitale avec angoisse s'ajoutent des impulsions réfrénées qui portent en elles les ébauches des caractères du sadisme et de l'exhibitionnisme. Ces observations ont été faites chez une femme qui n'est pas inintelligente, quoique de condition sociale modeste et n'est ni une perverse ni une éduquée au point de vue des pratiques sexuelles. Aussi, son cas nous a-t-il paru assez curieux, lorsqu'on cherche à en expliquer la genèse et le développement. Nous avons recherché s'il était possible d'expliquer les manifestations que présente cette femme par des tentatives de psychoanalyse ; il ne nous a pas été donné de retrouver et d'isoler ces complexes que l'école de Freud met en relief avec tant de facilité, de même que nous n'avons relevé dans son histoire aucun de ces traumas affectifs ni aucun incident d'éveil de la vie sentimentale. Bien au contraire, nous pensons, comme on le verra, que l'origine du trouble psycho-sexuel doit être cherchée dans un état cénestopathique primitif d'origine sympathique, qui a entraîné des modifications d'ordre affectif que la psychologie traditionnelle permet d'expliquer très simplement.

« Mme S... est âgée de quarante-sept ans. Elle appartient à un milieu ouvrier, elle est mariée à un brave homme qui gagne bien sa vie. Elle a été autrefois en atelier, mais depuis longtemps, elle ne s'occupe plus que des soins de son ménage. Il n'existe pas de cas de troubles nerveux ou mentaux dans sa famille. Elle est d'une bonne santé physique.

« Mme S... a eu une instruction primaire et son développement intellectuel est plutôt un peu supérieur à celui des personnes de sa condition sociale et notamment à celui de son mari. Son attitude dans le service a toujours été très convenable, très réservée, et rien ne permet de mettre en doute la sincérité de ses réponses ou des sentiments qu'elle exprime.

« *Antécédents personnels.* — La malade nous déclare n'avoir jamais eu aucune maladie. Grossesse normale à l'âge de vingt-deux ans; accouchement à terme et normal. Pas de fausses couches.

« La malade a toujours été réglée normalement jusqu'à il y a deux ans, date de ses premières impulsions. A partir de ce moment, les règles sont venues d'une façon irrégulière, tous les deux, trois mois et peu abondantes. La malade a constaté que ses impulsions sexuelles devenaient surtout intenses trois jours avant l'apparition des règles. Au moment des règles, elles disparaissaient presque complètement. Mais deux à trois jours après leur terminaison, elles redevenaient très fortes pour diminuer ensuite de nouveau.

« *État des collatéraux.* — Son mari est en excellente santé.

« Sa fille, âgée de vingt-cinq ans, est, elle aussi, bien portante. Mais elle a le même tempérament qu'avait la mère à son âge. Réglée à douze ans comme sa mère, elle a toujours été bien réglée, mais elle semble tout à fait indifférente pour tout ce qui touche la sexualité et n'a aucun désir de se marier.

« Frères bien portants. Ils ne sont pas nerveux.

« *Antécédents héréditaires.* — Père âgé de soixante-treize ans.

« Sa mère est morte : elle avait de l'albumine.

« *Antécédents personnels.* — Il y a une quinzaine d'années, un jour, d'une façon soudaine, la malade éprouve une sensation de « boule qui, partie de l'abdomen, remonte vers la gorge ». Cette sensation dure environ deux semaines, pendant lesquelles la malade est un peu excitée.

Examen de la Malade

« L'examen fonctionnel et physique des appareils digestif, respiratoire, cardio-vasculaire et urinaire n'a décélé rien d'anormal.

« Les organes génitaux ont été examinés par le docteur Siredey qui n'a constaté aucune lésion utéro-ovarienne, mais seulement un léger état congestif de la vulve et du vagin. Depuis deux ans, les règles étaient irrégulières, elles ont cessé depuis février dernier.

« Après les repas, le visage de la malade se congestionne; habituellement pâle, il devient très rouge, les yeux sont injectés, la température locale s'élève, la sueur apparaît. La malade se sent mal à l'aise, elle a très chaud. Cet état dure une demi-heure environ, puis s'atténue et disparaît. Cette femme n'est nullement suspecte d'alcoolisme. Ces poussées congestives, avec un régime d'hôpital modeste, méritent d'être mises en valeur parce qu'elles traduisent un trouble de l'équilibre vaso-moteur.

« La pression artérielle est normale : 15-9 au Pachon.

« La malade réagit très fortement à l'épreuve de la pilocarpine (1 centigramme en injection sous-cutanée). La réaction sudorale et salivaire abondante se prolonge pendant une heure avec quelques frissons. Le réflexe du plexus solaire est légèrement influencé dans le sens positif.

« Sous l'influence de l'injection de 1 milligramme d'atropine, pas de réactions nettes. Le réflexe solaire n'est pas provoqué. L'épreuve de l'adrénaline, 1 milli-

gramme en injection sous-cutanée après absorption de 150 grammes de glycose, est positive. Le pouls est accéléré de 75 à 92, la pression s'élève à 16 maxim. Le réflexe du plexus solaire n'est pas provoqué. La polyurie est très accusée. 825 centimètres cubes en sept heures, et 4 gr. 10 de glucose.

« Ainsi ces épreuves biologiques montrent une certaine sensibitité à la pilocarpine et à l'adrénaline, ce qui concorde assez bien avec les réactions vasomotrices, réflexes d'origine digestive, pour permettre d'affirmer un trouble de l'équilibre du système nerveux régulateur des fonctions végétatives. Après avoir caractérisé l'état de cette malade au point de vue biologique, voyons comment elle se présente au point de vue mental.

« *Examen psychiatrique.* — La malade n'a eu aucun trouble nerveux ou psychique dans sa première enfance, pas d'incontinence nocturne d'urine, pas de terreurs nocturnes. Elle rêvait beaucoup, mais surtout de ses jeux, de ses occupations journalières. Elle n'a eu aucune curiosité sexuelle. A douze ans, les premières règles s'installent normalement; la puberté ne provoque aucune appétence sexuelle et dans ses rêves elle ne peut citer aucune image qui puisse être interprétée comme ayant un symbolisme génital. D'ailleurs, elle se montrait tout à fait indifférente aux choses ayant trait à la sexualité. A l'école, elle entendait des jeunes camarades tenir des conversations licencieuses ; quelquefois, dans la rue, de jeunes garçons tournaient autour d'elle, l'un d'eux la poursuivit et tenta quelques attouchements, mais elle n'y prit pas garde. Elle s'éloignait des uns et des autres, non pas par un sentiment de pudeur et de malaise affectif, mais parce que, dit-elle, « tout cela ne l'intéressait pas ». De même, plus tard, à l'atelier, elle entendit bien des conversations à caractère érotique, souvent il est fait allusion aux choses de l'amour, aux rapprochements sexuels : l'idée est acceptée par son esprit avec indifférence, et son imagination ne s'en sert nullement.

« A l'âge de vingt-deux ans, sa famille la marie à un homme qui ne lui déplaît pas, qui ne se montra ni trop réservé, ni brutal ; elle accepta le mariage comme un acte naturel, et le coït comme le devoir conjugal, suivant l'expression consacrée, mais sans éprouver la moindre inclination amoureuse, et jamais, par la suite, elle ne ressentit aucune sensation voluptueuse ; elle est toujours, dit-elle, d'une froideur extrême. Jamais non plus, la vue d'un autre homme ne provoque chez elle aucun trouble, aucun désir. Elle vit chez elle, tranquille et heureuse et lorsque parfois elle entend ses amies lui parler des jouissances qu'elles éprouvent, elles s'étonne bien un peu de ne pas être comme elles, mais ne s'en inquiète nullement. Aucune lecture, aucune image à caractère licencieux ou seulement romanesque ne peut être découverte dans cette analyse. Elle affirme n'avoir jamais pratiqué la masturbation. Mais une nuit, il y a de cela une dizaine d'années, elle éprouve des sensations nouvelles : elle ressent une vive chaleur au niveau de ses organes génitaux, son corps est animé de mouvements désordonnés, ses membres tremblent, et, pour la première fois de sa vie, elle éprouve de vives jouissances. Elle se réveille et se trouve étendue les cuisses serrées compressant la vulve, mais rapidement l'orgasme diminue et disparaît. Toutefois le souvenir de ces sensations a fait éclore dans son esprit un léger désir de les éprouver de nouveau.

« A trois autres reprises, les mêmes phénomènes se reproduisent toujours dans les mêmes conditions, et toujours, après le réveil, l'état de jouissance s'évanouit. La malade a constaté que ces rêves survenaient deux ou trois jours avant l'apparition des règles.

« Enfin, il y a deux ans, la malade éprouve pour la cinquième fois le même orgasme voluptueux, toujours dans les mêmes circonstances et revêtant toujours les

mêmes modalités. Mais cette fois, après son réveil, tandis que l'état voluptueux disparaît comme les fois précédentes, l'état d'excitation persiste, et les jours suivants, loin de s'apaiser, il s'exagère. La malade éprouve, d'une façon presque continue, avec de temps à autre des paroxysmes, *une tension douloureuse* au niveau de ses organes génitaux externes : érection du clitoris, contractions spasmodiques des muscles périnéaux. En même temps, elle éprouve un besoin impérieux de remuer ses cuisses, de les rapprocher l'une de l'autre, de s'agiter. Elle se sent perpétuellement en imminence de crises convulsives et cet état provoque chez elle une angoisse croissante. Elle voudrait se calmer, redevenir ce qu'elle était autrefois, et elle lutte de toutes ses forces en appliquant son esprit sur les choses du ménage, sur les faits les plus insignifiants qui se déroulent autour d'elle. Et, par ces moyens de défense, elle arrive souvent à prévenir les crises. Mais la nuit, pendant le sommeil, elle cède : tout se déclanche alors et la jouissance apparaît.

« Tel était l'état de la malade au début.

« Par la suite, son rêve s'enrichit de nouveaux éléments ; ce ne fut plus seulement une simple agitation du bas-ventre et des cuisses, pour ainsi dire dans le vide, mais les muscles en convulsion parurent en quête d'un point d'application pour intensifier leur mouvement : alors, une des images qui, la veille, avait occupé l'esprit de la malade, se présenta devant elle dans son sommeil : c'était une petite casserole. Elle se dirigea vers cet objet, y appliqua ses organes génitaux et le serra fortement entre ses jambes. Et, le lendemain matin, un changement s'était produit dans son état impulsif : il était devenu plus complexe, car maintenant l'idée de l'objet qui avait favorisé durant la nuit l'orgasme génital se présenta à son esprit, ses yeux le recherchèrent, son regard le découvrit et s'y fixa, et à l'impulsion primitive de rapprocher ses cuisses et d'agiter son bassin s'ajouta maintenant celle d'aller frotter sa vulve sur cet objet, de le serrer entre ses cuisses. Et tandis que l'impulsion devenait plus complexe, l'état d'angoisse devenait plus intense : car, d'une part, l'impulsion devenait plus impérieuse à mesure qu'elle s'intellectualisait en raison de la lutte plus difficile ; et, d'autre part, la malade avait conscience de la nature de plus en plus obscène de son impulsion en même temps que de la nécessité de plus en plus impérieuse de la maîtriser.

« Au début, l'objet de ses convoitises était des êtres inanimés, mais bientôt ses impulsions devaient se diriger sur les animaux et voici dans quelles conditions : Un après-midi, tandis qu'elle regardait par la fenêtre de la chambre, elle vit venir un cheval traînant une charrette et qui s'arrête sous sa fenêtre ; le charretier décharge la voiture, puis donne un violent coup de fouet au cheval qui repart. C'était, dit la malade, un beau cheval blanc, et le bruit du claquement du fouet sur le dos de la bête l'avait un peu émue. La nuit, elle rêve d'avoir des rapports avec ce cheval blanc et d'éprouver des jouissances, mais dans ce coït le cheval avait été passif ; c'était elle qui avait été vers lui et qui avait accompli l'acte. Et le lendemain matin, la vue d'un animal quelconque devait déclancher l'impulsion génitale.

« Enfin, un peu plus tard, ce fut sur les êtres humains que se portèrent ses désirs.

« Mais, tandis que la nature de l'objet de ses convoitises se modifiait, la nature de l'acte qu'elle était poussée à accomplir restait le même. A la vue d'un être humain, c'était toujours le même désir d'aller frotter sa vulve contre lui, et sur n'importe quel endroit de son corps (pas plus sur ses organes génitaux ou sur ses fesses que sur sa face ou un membre). Parmi ses semblables, la malade éprouvait une excitation plus forte lorsqu'elle voyait un enfant qu'un adulte, une femme qu'un homme, et ce n'était point la beauté du visage ou du corps qu'elle recherchait, mais

bien leur état de faiblesse. Plus, en effet, l'objet de ses convoitises paraissait être passif et se prêter à recevoir les excitations étrangères et plus l'impulsion devenait forte. Aussi, la vue d'un homme grand et fort la laissait complètement indifférente.

« La malade déclare qu'elle n'éprouvait aucune impulsion à porter ses mains sur ses organes génitaux, à se livrer à la masturbation, ni à appliquer sur eux les objets qui provoquaient l'exaltation génitale. Elle n'avait non plus aucun désir de recevoir d'autrui des excitations et les rapports avec son mari continuaient à ne lui procurer aucune satisfaction. Tel était l'état de la malade durant la première année de son affection.

« Mais bientôt son obsession devait s'enrichir d'un nouvel élément, consistant dans l'idée de violenter l'objet de ses convoitises. Non contente de *songer* à le serrer, à l'étreindre et à s'y frotter, elle voulait désormais, si c'était un être animé, le faire crier, le pincer, le mordre, et si c'était un objet le déchirer, le couper, le briser.

« Et nous pénétrons dans une seconde phase de l'évolution de l'obsession-impulsion génitale, dans laquelle survient une dissociation des différents éléments de l'impulsion, chacun d'eux devenant indépendant et continuant à se développer pour son propre compte. Le besoin de violenter l'objet de ses désirs qui accompagnait auparavant l'impulsion, non réalisée, à se frotter contre lui, constitue maintenant, par moments, le fond même de l'impulsion, de sorte que, se trouvant devant une personne, l'idée de lui faire du mal surgit dans son esprit, indépendamment de toute idée de contact sexuel.

« La modalité de l'action malfaisante varie sans cesse, mais en gardant toujours plus ou moins une teinte génitale. D'abord, c'était un besoin de pincer, de mordre la personne devant laquelle elle se trouvait ; par la suite, ce fut celui de proférer devant elle des paroles obscènes : enfin, un jour, tandis qu'elle se promenait dans un jardin, soudain elle se sent poussée, devant tout le monde, à se découvrir et, toute nue, à accomplir sur la pelouse des actes obscènes. Et depuis lors, maintes fois, lorsqu'elle se trouve devant plusieurs personnes, ce même désir s'empare d'elle.

« Ces nouvelles impulsions n'ont pas fait disparaître les anciennes : toutes se présentent tour à tour à son esprit et provoquent chez la malade une angoisse intense. Sa poitrine est oppressée, son cœur animé de palpitations, une bouffée de chaleur lui monte au visage qui prend parfois une teinte rouge vif, son front se couvre de sueurs et la malade ressent de violents maux de tête dans la région frontale.

« Et cette angoisse est d'autant plus vive que la victime qu'elle choisit est plus digne de respect ; or, plus l'objet de ses convoitises est respectable, plus la jouissance nocturne est intense et plus l'impulsion du jour est impérieuse ; et ainsi peu à peu son impulsion est dirigée dans le sens le plus grave et sa fille finit par devenir le point de mire de son appétit sexuel. Alors, au paroxysme de l'angoisse, notre malade qui avait toujours lutté victorieusement envisage l'idée du suicide. Et cette angoisse prit peu à peu une telle acuité, que l'idée du suicide s'imposa à son esprit. Elle voulut s'étrangler et commença à réaliser l'acte. Mais elle n'eut pas le courage de continuer.

« Le lendemain, 15 mai 1920, elle se présentait à la Salpêtrière dans un état de vive agitation. Elle fut aussitôt hospitalisée. Elle resta à l'hôpital neuf mois.

« Le certificat portait à l'entrée : excitation génitale, état anxieux intense, idées de suicide et tentative.

« Le certificat de visite mentionne (Dr Chaslin) : accès d'angoisse extrêmement intense avec actes désordonnés, impulsion au suicide, obsessions génitales accompagnant les crises d'angoisse.

« A la sortie, 28 février 1921, le calme relatif est revenu, les obsessions ont néanmoins une tendance à passer à l'état chronique.

« Rentrée chez elle, cette femme a pu reprendre sa vie normale dans son ménage, mais, au bout de quelques semaines, elle est rentrée dans notre service à l'hôpital Saint-Antoine, en raison de la persistance de ses obsessions impulsives et de l'état d'angoisse provoqué par la honte, dit-elle, qu'elle en ressent.

« Deux faits méritent de retenir actuellement l'attention en dehors des obsessions.

« Les obsessions, en effet, sont toujours de même ordre : la vue d'un objet, l'angle d'une table, une bouteille, le dossier d'une chaise pourront lui servir à frotter ses organes génitaux, elle est attirée vers ces objets, mais résiste toujours. Récemment, aidant une infirmière à changer une malade, l'aspect du corps nu l'incite à se jeter sur elle pour se frotter contre ce corps, elle doit lutter pour chasser l'obsession impulsive. Mais la nuit, dans ses rêves, l'acte se matérialise de nouveau et est suivi du déclanchement voluptueux.

« En dehors de ces obsessions génitales persistent les obsessions de faire du mal et de tuer. C'est ainsi que récemment, un matin au réveil, nous la trouvons sombre, car elle est obsédée par l'idée de tuer sa fille ; elle prétend d'ailleurs qu'elle ne peut penser à celle-ci sans que l'idée du meurtre surgisse dans son esprit. Elle accueille avec joie les visites de sa fille à l'hôpital, mais ne veut pas rentrer chez elle à cause de ses craintes d'homicide. D'ailleurs, ses obsessions se portent aussi sur d'autres objets, et la vue d'une paire de ciseaux lui est désagréable, car elle craint de s'en servir pour faire du mal. Pas d'autres impulsions, et notamment pas d'impulsions au vol.

« Un autre fait sur lequel insiste cette malade, c'est que, d'après elle, son obsession impulsive est toujours la conséquence d'une sensation pénible dans la région fémorale et le bas-ventre surtout du côté droit. Elle revient sans cesse sur le trouble qui émane des organes génitaux externes et du ventre. De même, il lui semble souvent, la nuit, quand elle a des sensations voluptueuses qu'elle va uriner, et deux fois il y eut un commencement d'acte.

« En raison de la persistance des troubles cénesthopathiques de la région périnéo-vulvaire, nous avons pratiqué une fois une rachianesthénie légère par injections de deux centigrammes de novocaïne dans le liquide céphalo-rachidien. Les troubles locaux ont disparu pendant quelques jours ainsi que les obsessions, mais la malade a souffert de réactions assez vives d'ordre général : céphalée, douleurs dans le bassin et les membres, et quelques vomissements.

« En raison de l'amélioration de l'état psychique, nous avons recouru à l'injection épidurale de sérum additionné de quatre centigrammes de novocaïne. La sédation des troubles locaux a été manifeste sans retentissement sur l'état général. On note incontestablement une accalmie de l'état obsédant. Les angoisses ne sont plus apparentes et la malade se montre beaucoup plus active, causant, travaillant dans le service, alors qu'autrefois elle s'isolait et restait surtout couchée, pleurant constamment.

*
* *

« Sans vouloir insister davantage sur les résultats thérapeutiques, nous voulons surtout mettre en relief quelques points de cette observation psycho-biologique.

« Nous pensons qu'il s'est produit chez cette femme, à l'époque de la ménopause, des troubles du sympathique pelvien qui se sont traduits par un état cénesthopathique spécial de la région des organes génitaux et du bas-ventre, d'abord obscur,

puis de plus en plus accusé. Ces incitations cénestopathiques ont provoqué une activité onirique spéciale, et dans le sommeil, des réflexes voluptueux bien caractérisés, alors que l'acte génital normal conjugal ou extra-conjugal n'est qu'accepté sans être désiré d'aucune façon.

« Dans un deuxième stade, l'excitation psychique, provoquée et entretenue par le trouble cénestbopathique aggravé, revêt un caractère obsédant d'autant plus qu'un antagonisme s'est créé immédiatement entre l'incitation génitale et les habitudes mentales antérieures de la malade, sa personnalité morale. Ce conflit, cette critique, cette censure, si l'on veut, a été l'origine de l'état d'angoisse.

« Mais ce qui nous paraît curieux dans ce cas, c'est que l'intensité de cette censure a toujours été assez forte pour que le sujet n'ait pas cherché à assouvir son désir par des relations sexuelles de nature quelconque (masturbation, coït de conditions variées), mais qu'au contraire elle ait écarté tout moyen de satisfaction de son hyperactivité.

« C'est dans l'activité du rêve, d'une part, et dans les déviations complexes que nous avons indiquées que l'excès de la libido s'est déversé. Cette énergie s'est alors traduite spontanément par des débauches de déviations génitales qui peuvent rentrer dans la bestialité et le sadomasochisme alors que cette femme, par son éducation, ignore tout de ces pratiques anormales. Enfin, la substitution a été poussée à un tel point que les complexes, dérivés du trouble cénesthopathique, se sont effacés et ont laissé place à des éléments affectifs nouveaux dégagés de l'expression psycho-sexuelle et se traduisant uniquement par des impulsions à la violence, à l'homicide, ou au scandale, car les tendances exhibitionnistes ne peuvent être considérées ici que comme une expression de la charge psycho-motrice.

« Fait important. Malgré l'accumulation des éléments du syndrome obsession-impulsion, aucune manifestation extérieure, aucun acte n'a révélé l'existence de ce désordre mental, en dehors des sentiments d'angoisse et des phénomènes affectifs.

« Les constatations cliniques relatives à la succession des éléments du syndrome mental, la prévalence des phénomènes cénesthopathiques dès le début, les caractères des phénomènes vaso-moteurs ainsi que les réactions biologiques que nous avons mises en relief nous conduisent à penser que si les manifestations se sont déroulées au point de vue psychologique dans un ordre de succession logique, elles n'ont pas été primitives, et ceci constitue un fait en faveur de la conception de l'origine biologique de certaines psychoses ou psychonévroses contrairement à la conception freudiste qui tend à accorder un rôle trop exclusif aux complexes résultant de processus psychiques élaborés dans l'inconscient. »

M. Perrens (de Bordeaux) a vu également des malades incapables d'évoquer des images érotiques et de se procurer ainsi de l'appétit sexuel.

Il pense que les obsessions de cet ordre peuvent disparaître sous l'effet de la suggestion.

Mais il émet aussi l'opinion que la dilatation de l'urèthre, surtout la cautérisation du véru montanum chez l'homme, peut les faire disparaître, peut-être en déterminant des sensations nouvelles.

M. Hesnard montre que le freudisme ne saurait expliquer la psychogénèse des obsessions rapportées par M. Claude.

M. Ley remarque qu'à l'état de veille, la représentation volontaire des images visuelles est souvent bien plus imparfaite chez ces malades qu'à l'état de sommeil.

M. Voivenel (de Toulouse). — Le cas de frigidité de M. Claude et ceux de M. Perrens sont, à mon avis, tout à fait différents.

Sur le premier cas, j'éviterai les explications myxomateuses de la psychanalyse. Le simple bon sens clinique permet de l'envisager comme une femme qui, n'ayant jamais eu d'excitation corticale sexuelle, n'ayant jamais eu de mise en éveil ni de renouvellement de l'imagination sexuelle spéciale, n'ayant jamais été « révélée », pour employer le terme de Michel Corday, fait, à l'occasion de l'irritation locale de la ménopause, une poussée obsédo-impulsive d'autant plus violente que la malade a été plus chaste. Cette femme qui fait, comme beaucoup d'anciennes frigides, son « démon de midi », montre la justesse de l'adage « *vita proba, imaginatio lasciva* ». J'ai pu soutenir que le marquis de Sade avait été un homme chaste. Enfermé vingt-cinq ans entre les murs de sa prison, n'ayant jamais, à ces époques, pu coïter, il laissait aller son imagination en écrivant ses livres interminables et obscènes. Je n'insiste pas.

Les frigides de M. Perrens sont, au contraire, des prisonniers fatigués, neurasthéniques, « vidés » par une complète « hémorragie de la sensibilité »; complètement affaissés dans leur « tension psychologique », ils n'ont pas la force d'accomplir, même en imagination, cet acte de luxe qu'est le coït. Cette frigidité a été constatée chez la plupart des prisonniers atteint de la psychose du fil de fer.

Ce qui montre encore cette absence d'analogie, c'est la différence entre la thérapeutique de M. Claude et celle de M. Perrens. M. Claude calme le système nerveux périphérique. M. Perrens tente de le tonifier après l'avoir éveillé par cautérisation locale. Cette dernière thérapeutique rappelle le procédé de la « Bonniérisation » (Bonnier) dans les états asthéniques et anxieux.

M. Schnyder (de Berne) s'associe à l'opinion de M. Henri Claude qui cherche à établir les psychoses sur des modifications de la vie organique, sur des changements d'équilibres humoraux et endocriniens. Il y a là une indication psychologique et physiologique des plus importantes en psychiatrie, trop négligée peut-être jusqu'alors.

FORMES FRUSTES DU VIRILISME DIT SURRÉNAL

par M. Henri Claude (de Paris).

Le virilisme surrénal tel qu'il a été décrit, par exemple par Gallais, comporte un état congénital de pseudo-hermaphrodisme bien net avec présence d'une tumeur surrénale constituée par des éléments d'origine wolfienne. Il y a, à côté de ce type des plus caractérisés, des formes moins pures, *acquises*, représentées par la transformation des caractères sexuels secondaires du type féminin en type masculin, modifications du système pileux qui s'hypertrophie et prend une topographie dite masculine, développement musculaire, exagération de la force et de l'activité, modifications du visage, dureté des traits, calvitie temporo-pariétale supérieure, en même temps modifications des organes génitaux externes, troubles de la menstruation, troubles des appétits sexuels (frigidité, inversion). Ce type de femme à barbe est très commun dans les asiles, parce que, à la dystrophie glandulaire qui règle ces perturbations du système génital s'ajoutent des troubles mentaux divers, surtout états mélancoliques, psychoses périodiques, démence précoce. Mary O'Malley, qui a fait une étude de ces phénomènes associés, a même étudié différents aspects des troubles psycho-sexuels et signalé les tendances hétérosexuelles dans la période d'excitation et les tendances homosexuelles dans la période de dépression.

J'ai observé un assez grand nombre de cas de virilisme que je qualifie de formes frustes, parce que, d'une part, les troubles psychiques et psycho-sexuels

étaient peu prononcés et que les troubles glandulaires, en général, étaient peu apparents et ne pouvaient être soupçonnés que par les recherches biologiques.

Dans une communication récente sur le virilisme pilaire, M. Achard signale cet état dystrophique pluriglandulaire et y ajoute la glycosurie.

Ce qui fait la difficulté de la classification nosographique de ces états, c'est le peu de renseignements que nous possédons au point de vue anatomique. Dans les cas de pseudo-hermaphrodisme, il s'agit de grosse tumeur surrénale. Mais dans les autres formes moins accusées, nous n'avons que des indications vagues et il est surprenant que dans les asiles, on n'ait pas recueilli un nombre imposant de matériaux sur ce sujet.

Dans la plupart des faits que j'ai compulsés, on signale des lésions ovariennes, des lésions surrénales, sans spécifier leur nature. Dans le cas récent de Tuffier, on trouve une tumeur de l'ovaire du type lutéinique avec hypertrophie utérine simulant un fibrome et une augmentation de volume des surrénales.

Dans deux de nos cas concernant de vieilles femmes qui n'avaient que des modifications de l'humeur et du caractère, sans troubles mentaux proprement dits, je n'ai pas trouvé de grosses lésions ; dans l'un, les ovaires et l'utérus étaient en état d'involution ; dans le deuxième cas, il n'y avait pas d'ovaires dans les ligaments larges, mais on retrouvait un nodule fibreux qui, histologiquement, se montrait composé de vaisseaux et de quelques formations d'aspect vésiculaire pourvus d'un épithélium formé de cellules du type lutéinique. Il s'agissait donc d'un ovaire transformé (néoplasie du type lutéinique) avec atrophie secondaire. Dans ce cas, les capsules surrénales étaient très hypertrophiées et la couche corticale était remarquablement développée, sans altérations ni transformations néoplasiques.

Il semble que cette dystrophie très spéciale, le virilisme, puisse être réalisée dans ses formes frustes où il n'existe pas de tumeurs surrénales par des néo-formations ovariennes du type lutéinique, avec réaction surrénale secondaire du type plutôt irritatif que néoplasique.

L'élément caractéristique serait seulement la multiplication dans l'ovaire de la cellule lutéinique sous la forme métatypique. Or, cette cellule lutéinique est un élément d'origine wolfienne comme la cellule cortico-surrénale. Il est possible que des troubles dans l'activité fonctionnelle de cette cellule qui est l'élément actif du follicule ovarien comme de la glande interstitielle de l'ovaire soit à l'origine de la dystrophie qui constitue le virilisme, lequel mériterait plutôt le nom de wolfien que de surrénal.

Ces notions anatomiques expliquent peut-être que, indépendamment de toute tumeur surrénale ou ovarienne et même de tout trouble de la fonction ovarienne à proprement parler (menstruation, grossesse), on puisse voir survenir le virilisme qui serait plutôt l'expression d'une altération de la cellule interstitielle lutéinique. A l'appui de cette conception, je citerai l'observation suivante dont je pourrais rapprocher d'autres cas encore plus frustes, parce qu'elle nous montre les ébauches des troubles psychiques ou psycho-sexuels et des modifications morphologiques qui caractérisent ce syndrome.

« Mme G..., trente-sept ans. — La malade passe les premières années de son existence dans un pensionnat où la promiscuité de la vie, le mauvais exemple et le manque de surveillance favorisent le développement précoce de mauvaises habitudes. Dès l'âge de sept, huit ans, s'éveille en elle l'instinct sexuel et sans aucune retenue elle se livre en pensées et en actes à tous les débordements de son imagination. Mais vers l'âge de onze, douze ans, un changement physique et moral s'opère en elle. Tout d'abord, les poils du pubis commencent à se développer, puis les

premières règles apparaissent. En même temps, le caractère se modifie. Naguère vive et légère, s'abandonnant avec insouciance aux dérèglements de son esprit, elle devient maintenant réservée et timide. Elle se met à inhiber les nombreuses images qui continuent à assaillir son esprit, les multiples impulsions qui l'agitent sans cesse, et tandis qu'elle s'applique à ce travail de refoulement, elle devient rêveuse, a des inégalités d'humeur, est sujette à des crises de larmes. Peu à peu, elle s'éloigne de ses camarades, s'isole et se laisse envahir d'un sentiment vague d'incomplétude, qu'elle ne sait bien définir et qui l'inquiète.

« Cependant, les règles viennent d'une façon irrégulière, tous les deux, trois mois; elles sont peu abondantes et s'accompagnent parfois de douleurs dans le bas-ventre. Quelquefois la malade a des pertes blanches. L'état général n'est pas bon; elle est maigre et son teint est pâle.

« Les années passent et l'inquiétude augmente. Toujours enfermée dans un pensionnat, elle a peu de liberté et encore moins de distractions. Elle vit des journées entières repliée douloureusement sur elle-même, et se sent instinctivement poussée à rechercher la raison de sa triste existence, à rechercher le pourquoi de ce quelque chose d'étrange qui la trouble sans cesse, de ce malaise moral qui la poursuit partout. Incapable d'une saine auto-critique, elle se livre tout entière aux analyses inductives et son esprit se concentre sur les événements passés, recherchant en eux la formule de sa vie, l'explication de son état présent. Elle n'a jamais connu son père, et sa mère vient la voir rarement et toujours pour la gronder. C'est une vieille dame qui s'occupe d'elle. Serait-elle donc une fille naturelle? Cette idée s'installe puissamment dans son esprit et elle se sent envahie d'un profond sentiment de déchéance morale ; mais rapidement son amour-propre prend le dessus et, presque heureuse d'avoir découvert qu'un mystère planait sur sa vie, elle se promet de l'éclaircir. Et voici qu'elle commence à se demander pourquoi cette vieille dame vient si souvent la voir et lui porte un si vif intérêt alors que sa mère l'abandonne. Des journées entières, notre malade, silencieuse, réfléchit. Et peu à peu s'élève dans son esprit le soupçon que sa protectrice est sa grand'mère. Elle s'applique aussitôt à transformer cette présomption en certitude et progressivement les interprétations se groupent, s'amplifient et se systématisent autour de l'idée primitive pour constituer un véritable état délirant, ambitieux et revendicateur. Car elle est sûre maintenant qu'elle est la petite-fille de cette dame ; tout le lui prouve : ses regards pleins de douceur, ses paroles affectueuses indiquent une parenté étroite et puis, lorsqu'elle se trouve devant elle, elle se sent « toute bouleversée ». Certainement « le même sang court dans ses veines ».

« La malade a alors dix-sept ans. Elle est toujours chétive et mal réglée, elle a toujours des pertes blanches et parfois blanc-jaunâtre, empesant le linge. Toute préoccupation sexuelle avait disparu.

« Vers l'âge de dix-huit, dix-neuf ans, un changement s'opère en elle ; d'une part, elle constate que son visage se couvre de poils et, d'autre part, l'instinct sexuel se réveille. Elle veut être libre et elle se sent attirée vers le sexe masculin. Mais ce qui la pousse maintenant, ce n'est pas tant le besoin de satisfaire son appétit sexuel qui est peu développé que de donner libre cours à ses inclinations altruistes, qui s'étaient formées au cours des processus de refoulement et qui cherchent maintenant à se manifester sous une forme élective et domestique. Or, ces tendances naturelles ne peuvent être satisfaites, car sa protectrice désire qu'elle continue à rester en pension. Alors, rebutée dans ses sentiments, elle se livre à des lectures obscènes, à des conversations licencieuses, sans toutefois s'abandonner jamais aux perversions sexuelles.

« De telles occupations ne lui procurent aucun plaisir ; son esprit est fatigué, elle ne dort pas, le besoin d'être libre devient de plus en plus pressant ; la vie du pensionnat apparaît insupportable. Les idées ambitieuses et revendicatrices se manifestent alors plus vives et elle finit par accuser sa protectrice de vouloir la séquestrer de peur qu'elle ne dise la vérité ; elle se croit une victime, elle parle d'humiliations, et peu à peu, des sentiments de révolte, de haine et de vengeance font leur apparition.

« Enfin, à l'âge de vingt-quatre ans, elle se décide à quitter le pensionnat. Elle se croit alors libre de ses destinées et capable de réaliser le bonheur qu'elle rêve ; mais, d'une part, son état physique et sa condition sociale l'empêchent de fréquenter les hommes pour lesquels elle se sent une certaine inclination ; d'autre part, les quelques rapports qu'elle a avec ceux d'une condition inférieure qui la recherchent froissent son amour-propre ; aussi fuit-elle les uns et les autres et se réfugie-t-elle dans son délire. Elle devient sombre, défiante, ombrageuse, encline à la misanthropie, et ses interprétations délirantes peu à peu se fortifient et s'étendent. Certainement, pense-t-elle, les personnes qui s'occupent d'elle voudraient la voir disparaître, car elles craignent qu'elle ne dise la vérité, et elle commence à voir partout des ennemis, des gens payés pour l'espionner, pour savoir si elle ne va pas faire une révélation afin de l'en empêcher.

« Son état général continue à être mauvais. Elle est toujours maigre ; son teint est pâle ; souvent, elle se sent faible, incapable de travailler, elle a souvent des vertiges ; une fois même, elle perd connaissance. Elle continue à être mal réglée et à souffrir du ventre ; elle a des pertes blanc-jaunâtre.

« Inquiète, elle va consulter un médecin qui lui fait une série de piqûres. Mais son état physique, loin de s'améliorer, semble empirer ; elle souffre davantage du ventre. Que se passe-t-il ? Son médecin serait-t-il donc de connivence avec ses persécuteurs ; elle a bien des raisons pour le croire. Et la malade devient encore plus sombre, plus renfermée, ne parlant plus à personne, recherchant la solitude. Cependant, elle souffre de plus en plus du ventre et elle se décide enfin à entrer à l'hôpital dans notre service, le 23 novembre 1920.

« Examen physique et fonctionnel des organes. — *Appareil digestif.* Pas de troubles fonctionnels, ni organiques.

« *Appareil respiratoire.* — Le malade tousse et crache un peu. Pas de troubles organiques. Rien à l'auscultation.

« *Appareil cardio-vasculaire.* — Pouls : 80. Cœur normal. T A au Pachon 13-8.

« *Appareil urinaire.* — La malade urine bien. Pas d'albuminurie ni de sucre.

« *Appareil génital.* — La malade est examinée dans le service du docteur Siredey.

« On diagnostique : métrite cervicale et polype au col. Pas de blennoragie. Règles très irrégulières.

« *Appareil nerveux.* — Pas de troubles de la sensibilité ni de la motilité. Réflexes tendineux et cutanés normaux.

« *Répartition des poils.* — Pubis. Aisselle, à l'âge de douze ans.

« Face, membres inférieurs. Mamelon, à l'âge de dix-huit ans.

« Examen psychique. — État mélancolique avec dépression physique et morale. Tristesse, inactivité et idées délirantes de persécution avec orgueil ; de temps en temps, manifestations anxieuses, pleurs, idées de suicide. Les préoccupations géni-

tales ont complètement disparu. Ce qui domine, c'est le souci de connaître son origine, c'est l'activité revendicatrice à l'égard des personnes qui, tout en feignant de s'occuper d'elle, n'ont cherché, en réalité, qu'à la tenir à l'écart, à la faire vivre dans une condition misérable et loin de leur milieu.

« Cet état dépressif est en somme récent, puisqu'il y a un an, cette malade, malgré les interprétations, vivait comme une ouvrière, gagnant bien sa vie et se montrait sociable. Peu à peu, les idées de persécution l'ont rendue d'une fréquentation pénible pour les personnes de son entourage et actuellement encore, en dehors de ses revendications d'ordre soi-disant familial, elle est en discussion avec ses voisines, sa concierge, etc.

« Les épreuves biologiques (adrénaline, thyroïde, pilocarpine) ont montré l'existence d'une insuffisance thyroïdienne et surrénale légère, sans modification neurotonique appréciable (équilibre vago-tonique et sympathicotonique. »

Dans ce cas, nous remarquons donc une période d'éveil sexuel précoce qui se modifie à la puberté. Pendant quelques années, le développement psycho-sexuel qui accompagne l'activité pubérale se manifeste avec une censure persistante et un refoulement qui résulte nettement des explications de la malade. Ensuite, avec l'âge adulte, les préoccupations génitales tombent et l'apparition du virilisme coïncide avec les troubles ovariens d'une part et l'installation de l'état mélancolique, les obsessions. Ces préoccupations préparent l'éclosion du système délirant interprétatif, lequel est favorisé par les conditions sociales fâcheuses et l'insuffisance des satisfactions psycho-sexuelles résultant de la frigidité ainsi que de la tare plastique que la pilosité a provoquée.

Il y a donc là une succession de phénomènes d'ordre biologique et d'ordre psychique qui nous a paru s'enchaîner d'une façon assez rationnelle, mais dans laquelle nous supposons que le trouble biologique a été le *primum movens*; l'évolution pathologique du psychisme n'a été qu'une conséquence ou du moins a été favorisée par les anomalies physiques. Dans d'autres cas, nous avons vu se réaliser des troubles psycho-sexuels plus frustes, qui ne pouvaient être que soupçonnés et que l'analyse seule pouvait mettre en relief. Nous comptons revenir sur ce sujet (1).

M. Laignel-Lavastine (de Paris) rappelle que dans les leçons qu'il professa à Sainte-Anne, lorsqu'il remplaçait le professeur Dupré, il arrivait aux mêmes conclusions.

Puis M. Bérillon émet quelques considérations sur la sentimentalité des femmes à barbe.

LE CONFLIT INTÉRIEUR DANS LES OBSESSIONS

Par M. Paul Hartenberg (de Paris).

Il est classique de considérer comme un caractère essentiel de l'obsession l'existence d'un conflit intérieur entre la personnalité du malade et l'idée obsédante et d'attribuer à ce conflit le tourment moral dont souffrent les malades. Or, l'analyse des obsédés montre que ce conflit n'est ni aussi constant, ni aussi âpre

(1) Depuis la communication de cette observation au Congrès de Luxembourg (août 1921), la malade traitée dans mon service pendant plusieurs mois a pu être assez améliorée pour quitter l'hôpital. Elle a repris ses occupations.

qu'on le croit généralement, et que, dans la majorité des cas, il n'est nullement responsable des angoisses des sujets.

Ce n'est guère que dans les obsessions de doute et d'impulsions puériles que l'idée morbide est considérée comme absurde et combattue. Dans les autres formes d'obsessions, phobies obsédantes des microbes, de la saleté, obsessions hypocondriaques, éreutaphobiques, scrupuleuses, génitales, etc., ce dont le malade souffre, ce n'est pas d'une lutte contre une préoccupation qui lui paraît légitime, mais de cette préoccupation elle-même qui le poursuit sans répit.

Le vrai caractère de l'obsession consiste, non dans le conflit, mais dans la permanence même de la préoccupation anxieuse dans le conscient et l'inconscient du malade.

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE DE L'ÉTAT MYSTIQUE

Considérations psycho-métaphysiques

Par M. Éloi Welter (d'Ettelbrück).

Les mystiques se sont résolus à tenter cette expérience médicale : vider complètement la conscience de toutes ses formes, ne tolérer aucun acte de l'intelligence ou de la volonté, devenir indifférents à tous les désirs. Par un exercice contenu, ils ont essayé de créer en eux un état de conscience paisible, à se fixer dans une unité intratemporelle.

Le mystique, en tendant vers une unification complète de toutes ses fonctions psychiques, doit procéder à un groupement nouveau de tous les éléments. Il y arrive en faisant relâcher la tension associative qui avait constitué sa conscience en organe convertisseur des potentialités spirituelles en activités psychomotrices et, en libérant ainsi ses énergies psychiques, enfermées dans les formes, il les rajeunit et les centuple, et alors, par une introversion lente et continue, il cherche à se saisir dans la source même de son être qui est aussi la source de tous les êtres.

M. Hesnard (de Bordeaux) se demande s'il ne vaudrait pas mieux laisser les études psycho-métaphysiques à la Sorbonne, et si, à ce Congrès, il ne serait pas préférable de rester dans des discussions plus pratiques (même chez des mystiques), comme tests humoraux, enquêtes héréditaires, etc.

HYPERÉMIE CÉRÉBRALE ET ACTION SPÉCIALE DU FOIE SUR LE PSYCHISME

Par M. Famenne (de Florenville).

Des recherches sur le traitement des psycho-névroses par l'hyperémie cérébrale, d'une part, et l'étude physiologique des fonctions hépatiques d'autre part (relations d'expériences faites sur le chien, par M. Renauld-Capart, à Bruxelles), ont amené l'auteur à admettre une thèse originale et d'un intérêt considérable.

Elle consiste dans l'affirmation que le « métabolisme cérébral dans sa totalité, et par conséquent le travail psychique et la sensibilité consciente qui en découlent, sont sous la dépendance immédiate d'une sécrétion interne du foie, élaborant

notamment un corps thermolabile dont l'action semble être de favoriser la formation incessante de la substance chromatophile dans les neurones ».

L'auteur met ses malades déprimés, neurasthéniques, obsédés, voire même des déments précoces, sur une chaise longue basculante, permettant la position déclive, tête en bas, à des degrés variant de 45° à 90°. Ainsi se réalise l'hyperémie dans les centres nerveux. Des modifications nombreuses surviennent : diminution de la tension artérielle, ralentissement du pouls, etc. ; en même temps l'état de stupeur disparaît plus ou moins ; le malade ressent une certaine euphorie, etc. Le foie se décongestionne et les ptoses viscérales disparaissent. La qualité du foie se modifie.

Ce traitement — qui permet tous les autres moyens curatifs et facilite la psychothérapie — répété plusieurs heures par jour pendant des semaines, amène souvent la guérison d'états neurasthéniques et même de psychoses bien établies. Il mérite d'être appliqué dans les asiles et les maisons de santé, dont l'arsenal thérapeutique est généralement assez pauvre.

M. Sicard (de Paris) préfère dans ce but l'emploi d'une bande de caoutchouc placée circulairement sur le cuir chevelu. Après compression de l'artère méningée moyenne par ce procédé, permettant l'incision à blanc du cuir chevelu, il a pu constater par trépanation une hyperémie cérébrale manifeste.

M. Famenne (de Florenville) fait remarquer à son tour que le procédé indiqué par M. Sicard, qu'il a lui aussi essayé, empêche aussi bien l'arrivée du sang que son retour.

M. Hallion (de Paris) remarque que la variation de la pression sanguine intra-crânienne déterminée par la position déclive, présente deux caractères intéressants au point de vue thérapeutique : 1° Elle ne peut dépasser une certaine limite assez faible, dépendant principalement de la différence de niveau entre le cerveau et le cœur ; 2° elle permet de graduer la pression sanguine cérébrale suivant le degré de déclivité réalisée. Il en est autrement pour la variation déterminée par un lien qui comprime les veines ; cette variation peut atteindre un degré considérable ; on comprendrait ainsi que des techniques différentes puissent obtenir des effets différents.

TRAITEMENT DE LA DÉMENCE PRÉCOCE

Par M. Maere (de Gand).

M. Maere rapporte des cas de démence précoce. Il propose de remettre systématiquement les hébéphréniques en liberté.

UNE ANCIENNE OBSERVATION D'HYSTÉRIE TRADITIONNELLE

(Communication trouvée dans les notes de feu M. le docteur Schmit, médecin à Ettelbrück)

Par le docteur Knaff (de Luxembourg).

La malade de M. le docteur Schmitt a joui d'une santé satisfaisante jusqu'à l'âge de 19 ans, où elle vit apparaître de fréquents accès hystériques.

« Les accès hystériques qui se bornaient, durant les premières années, à des manifestations d'hystérie ordinaire, prirent en 1849, à l'âge de 27 ans, des formes

plus graves : ce sont des convulsions et des contorsions les plus bizarres et les plus variées, durant lesquelles l'on voit entrer en scène la plupart des muscles de la vie animale.

« Les accès commencent le plus fréquemment par des mouvements convulsifs des muscles de la respiration. Cette fonction devient précipitée et bruyante ; la langue se rétracte et obstrue le gosier ; le cou se gonfle, la face s'injecte, la bouche est béante.

« De la poitrine, les convulsions passent aux muscles du cou, pour imprimer à la tête, soit des mouvements latéraux, soit des mouvements de rotation ; ou bien aux muscles de l'abdomen, qui se ballonnent et s'affaissent toujours avec la même rapidité.

« Tantôt ce sont les extrémités supérieures qui sont prises et se mettent à frapper la poitrine avec une telle violence, qu'il en résulte parfois des hémoptysies ; tantôt les coups partent des extrémités inférieures dont les cuisses, par des contractions rapides et violentes, viennent frapper le thorax.

« Un des mouvements convulsifs les plus remarquables est produit par le corps tout entier : la patiente est couchée sur le dos. Les jambes et le tronc se raidissent et se soulèvent, pour décrire dans un sens perpendiculaire des demi-cercles, dont la tête forme le centre. Dans ces mouvements, les extrémités intérieures, ainsi que le tronc, frappent alternativement le haut et le bas du lit avec une violence qu'ils devraient se briser, si on ne prenait pas la précaution d'amortir les coups en les recevant sur les matelas.

« Dans les premier temps, l'accès à quelquefois débuté par des mouvements choréiques irrésistibles : la malade étant debout, tournait avec une rapidité vertigineuse dans un cercle très restreint de un à deux mètres de diamètre. Cette espèce de danse, que rien ne pouvait arrêter, durait ordinairement dix à vingt minutes, pour passer à des symptômes d'un autre ordre.

« Tous ces phénomènes que nous venons de décrire, s'exécutaient avec une rapidité étonnante et dans un rythme régulier.

« Pendant ces accès, la malade est privée de la parole, mais elle entend et elle a conscience de ce qui se passe, car dans certains mouvements, elle a soin de s'envelopper dans son drap de lit, pour éviter la nudité. L'aphonie se prolonge quelquefois des journées entières ; une fois elle a duré six semaines.

« La malade passe souvent plusieurs journées sans manger.

« Mais là ne se bornent pas les manifestations morbides de Mlle X... ; elle a eu, comme Louise Lateau, sa période d'extase et de stigmates.

« C'est dans le Carême de 1849, qu'elle a eu des visions de la sainte Vierge, avec laquelle elle s'entretenait et tous les vendredis du Carême apparaissait, sur le dos de ses mains, une irritation de la peau d'une forme arrondie de quatre ou cinq centimètres de diamètre, caractérisée par un suintement séreux, suivi de quelques gouttelettes de sang. Ces légères ulcérations guérissaient au bout de quelques jours pour reparaître régulièrement tous les vendredis. Le vendredi saint, elle a eu la dernière, en même temps qu'un accès des plus intenses.

« Ayant demandé à la patiente à quoi elle attribuait ses ulcères, elle m'a répondu, qu'ayant été prier dans une chapelle où se trouve une Madone, celle-ci avait laissé tomber sur ses mains une goutte de sang et que depuis, cette goutte reparaissait tous les vendredis à la même place.

« Quoi qu'il en soit de cette interprétation, qui repose sur une illusion des sens, je n'ai jamais douté de la réalité des visions et des stigmates.

« Mlle X... et peut-être sa famille ont d'abord cru à une intervention surnaturelle et se sont adressés aux autorités ecclésiastiques du pays et même à l'évêque de Trêves, pour leur faire part de ce qui se passait.

« Les autorités n'ont pas cru y voir un miracle, mais ils ont considéré l'affection de Mlle X... comme un état morbide fort singulier, il est vrai, mais dont la science ne manque pas d'exemples. Quoi d'étonnant, en effet, qu'un trouble aussi profond de presque toutes les fonctions se propage également à celle du cerveau. Au commencement, j'ai réussi quelquefois à arrêter les convulsions par des courants électriques. Plus tard, ce moyen n'ayant plus réussi, j'ai eu recours à la saignée du bras qui a été d'une efficacité constante, à condition d'être assez abondante pour amener le calme musculaire.

« J'ai pris rarement moins d'un kilo de sang, et si effrayé par cette quantité, j'ai voulu arrêter l'écoulement avant la sédation complète, j'ai chaque fois dû recommencer.

« Si j'ai été absent pendant qu'un accès survenait, il se prolongeait jusqu'à mon retour, souvent dix à douze heures.

« En 1852 et 1853, j'ai pratiqué chaque année quinze de ces fortes saignées sans que la patiente s'en trouvât affaiblie. Le lendemain, elle reprenait ses occupations, la couture, comme si rien ne s'était passé ; seulement après chaque saignée, elle mangeait avec voracité une masse de fèves de café torréfié. Cette quantité s'élevait quelquefois à une livre.

« A partir de 1853, les accès ont diminué de fréquence d'année en année. Elle a eu le dernier, il y a deux ans, à la mort de son père. Elle a aujourd'hui 52 ans et jouit d'une santé satisfaisante. Sa consolation pour tout ce qu'elle a souffert, dit-elle, est le souvenir de ses visions. »

ÉPILEPSIE D'ORIGINE ENDOCRINIENNE

Essai d'une pathogénie à point de départ cortical

par MM.

G. Étienne,
Professeur de Clinique médicale à la Faculté de Nancy.

G. Richard,
Ancien Interne des Hôpitaux de Nancy, Médecin consultant, à Royat.

Un homme, âgé de 25 ans, jusqu'alors en très bon état de santé, perd brusquement, sans cause connue, la presque totalité de son système pileux et toute appétence génitale.

A l'âge de 33 ans, il fait une première crise d'épilepsie, nette, franche. Depuis lors, les crises se renouvellent, à peu près trois fois par an; beaucoup plus fréquentes depuis quelque temps. Et le malade arrive à l'hôpital le 25 août 1920.

Il est presque complètement glabre, sauf les cheveux sur le devant de la tête. Pas de corps thyroïde appréciable. Atrophie testiculaire double très nette.

Tendance nette aux spasmes vasculaires périphériques. A l'appareil de Pachon, l'ampleur des oscillations, de 1cm5, passe à 7cm et 11 par la compression prolongée.

Cette microsphygmie est d'origine spasmodique, puisque le pouls réagit intensivement au nitrite d'amyle.

W. B. négative.

Crises fréquentes d'épilepsie franche, classique, sans aura nette.

Voici donc un cas d'épilepsie tardive qui, en dehors de toute autre cause appréciable, semble apparue au cours de l'installation d'un syndrome endocrinien, notamment caractérisé chez l'homme par de l'hypothyroïdie et l'atrophie testiculaire.

Les rapports entre l'épilepsie liés à un état ou un trouble génital chez la femme sont plus fréquents. Il est classique, par exemple, que l'épilepsie s'atténue ou disparaît au cours de la grossesse.

En laissant de côté les cas de sujets antérieurement épileptiques dont les crises s'intensifient plus ou moins à l'occasion des époques ou d'autres manifestations génitales, limitons-nous à un groupe de cas plus précis, chez lesquels les phénomènes ont un rythme imperturbable.

Tel, par exemple, celui de cette jeune fille de 18 ans, jusqu'alors absolument normale, qui, réglée au moment de la mobilisation de 1914, voyant son père partir pour la guerre, perd brusquement ses époques, fait une crise nette d'épilepsie qui, depuis lors, se renouvelle imperturbablement au jour de chaque époque, jamais à d'autres moments.

Parfois, le trouble endocrinien peut être plus complexe.

L'un de nous a rapporté déjà l'observation d'une jeune fille accomplie, très intelligente, très artiste, excellente musicienne, qui, à l'âge de 29 ans, fait d'abord des accidents nets de Basedow fruste, qui s'atténuent par le traitement endocrinien. Puis, à 30 ans, les époques, jusqu'alors bien régulières et abondantes, commencent à devenir insuffisantes et douloureuses. Trois mois plus tard, une époque manque, et le deuxième jour de l'époque absente, sans aucune raison apparente, éclate une grande crise d'épilepsie. Le mois suivant, l'époque est en retard de trois jours, et au deuxième jour du retard, crise. Cette époque, très écourtée, est la dernière. Et depuis lors, les crises se répètent régulièrement le premier ou le deuxième jour de chaque époque absente. Plus tard, elles devancent l'époque de cinq jours, puis se rapprochent progressivement, aboutissent à l'état de mal et à la déchéance complète.

Et lorsque l'un de nous a l'occasion de l'observer, à 38 ans, il la trouve gâteuse, athyroïdienne, hyposurrénalienne probable (Tx = 11, Tn = 7) et insuffisante hypophysaire probable.

Mais voici une observation surtout précise dont nous avons eu l'occasion déjà de signaler à la Société Médicale des Hôpitaux le curieux trouble endocrinien (1).

A l'âge de 30 ans, huit jours avant le terme de sa grossesse, une femme est prise d'un accident convulsif qui fut considéré comme une crise d'éclampsie sans albuminurie, précédé pendant quelques jours de vertiges et de troubles de la mémoire. Retour de couche abondant après trois mois d'allaitement au sein.

Un an et demi plus tard, l'attention de la malade est attirée par des troubles qui la surprennent : ses cheveux, qu'elle avait abondants et longs, deviennent cassants; ses sourcils rares; elle devient frileuse, se couvrant beaucoup, même l'été.

Les mains sont souvent gonflées au réveil; en même temps, les règles deviennent moins abondantes, et la veille et le premier jour se produisent des troubles de la mémoire et des vertiges.

Le 6 mars 1919, le premier jour des règles, nouvelle crise, nocturne, qui présenta des caractères identiques à celle naguère étiquetée éclampsie. Dès lors, les crises se multiplient, se régularisent en quelque sorte; elles sont précédées de prodromes vertigineux, quelquefois de troubles de la mémoire; le premier jour des règles, se déclanche brusquement la crise épileptique très nettement caractérisée.

---

(1) G. Étienne et G. Richard. — Un nouveau cas de syndrome pluriglandulaire avec épilepsie tardive. Société Médicale des Hôpitaux de Paris. 30 janvier 1920.

Les jours suivants, phénomènes sympathiques : bouffées de chaleur, troubles gastriques, météorisme, et aussi réapparition des phénomènes prodromiques.

En somme, lorsque la malade entre à l'hôpital, hypothyroïdienne nette, à corps thyroïde non perceptible, elle en est à présenter depuis huit mois des crises épileptiformes généralisées coïncidant avec l'apparition des règles et s'accompagnant de phénomènes sympathiques, et au moment de l'interrègle, elle présente des troubles de l'équilibre et de la mémoire, véritable petit mal épileptique.

La malade fut soumise, sans autre médication sédative, à l'opothérapie thyro-ovarienne à doses progressives atteignant jusqu'à 20cg d'extrait thyroïdien, à 80cg d'extrait d'ovaires. Du jour où cette thérapeutique fut instituée, les accès cessent : la crise de novembre manqua, mais fut remplacée le premier jour des règles par des vertiges plus intenses que de coutume, des troubles de la mémoire, de petites absences Moins marqués dans l'interrègle suivant, les signes de petit mal réapparurent encore le premier jour des règles de décembre, remplaçant la crise épileptique confirmée habituelle ; ils ne se sont plus reproduits depuis jusqu'au jour où la malade, à l'occasion d'une petite intervention gynécologique, fut descendue au service de chirurgie. Là, le traitement opothérapique fut suspendu, et au moment des époques suivantes, crise épileptique caractérisée. Depuis lors, le traitement a été repris systématiquement, et aucun incident d'ordre comitial ne réapparut plus.

Mais voici le point plus intéressant pour l'étude de la pathogénie de la crise épileptique, sur lequel nous voulons insister plus particulièrement.

Un jour, alors que nous étions en plein dans la période des troubles cérébraux suivant immédiatement les règles, en examinant les réactions de ses parois artérielles à la compression prolongée à l'aide du manchon de l'oscillomètre, nous voyons au bout d'une douzaine de minutes toute oscillation disparaître, en même temps, que le brassard enlevé, le pouls radial n'est plus perceptible au doigt.

Pendant ce temps, les tons restent nets à l'humérale. Après deux minutes de décompression, l'oscillation réapparaît à la radiale, d'une amplitude exagérée ; la pression systolique est inchangée à 11, la diastolique est tombée de 7 à 6, cinq nouvelles minutes de compression et le même phénomène se reproduit. Aussitôt nous faisons inhaler à la malade dix gouttes de nitrite d'amyle, et vingt secondes plus tard nous voyons réapparaître une oscillation de grande amplitude. La réaction au nitrite d'amyle était au point de vue tensionnel (Mn surtout) d'un type excessif et désordonné. Cette épreuve nous démontrait l'origine spasmodique de cette asphygmie.

Dans la suite, au cours de l'opothérapie que nous venons d'indiquer, même au cours de compression prolongée plus longtemps, nous ne pûmes plus jamais reproduire le phénomène, jusqu'au jour où, pratiquant chez cette malade l'épreuve de Claude pour l'étude de l'hypophyse, nous vîmes le pouls disparaître à nouveau après quelques minutes de compression, 2 après l'injection de 2 cc. d'hypophysine Choay.

Les épreuves montrent chez cette malade des réactions d'ordre sympathicotonique ; elle ne réagit pas à la pilocarpine.

Ces recherches montrent nettement que le trouble épiteptoïde est d'ordre vasculaire : les manifestations nerveuses sont hiérarchisées en importance et en intensité depuis le vertige passager jusqu'au coma avec crise épileptique. L'irrigation défectueuse des centres est bien d'origine artérielle, les mêmes spasmes que nous avons pu faire apparaître sur la radiale par la compression prolongée, se produisent à certains moments au niveau des artères cérébrales qui sont, elles aussi, des artères de petit calibre et de même type musculaire. Selon l'intensité du spasme, nous avons la gamme de symptômes que nous avons indiqués. *Notons, pour bien*

marquer l'identité du phénomène au niveau des différentes artères que, du jour où le traitement a supprimé les crises, nous avons été incapables de reproduire le spasme radial, si prolongée que soit la compression.

En somme, dans certains états endocriniens, conditionnés par cet état endocrinien même, il existe une hypertonicité d'origine sympathique des petites artères à type musculaire, dont sont les cérébrales.

Et, lorsque sous une cause quelconque, survient une exacerbation du trouble sympathique, une exacerbation du spasme anémiant l'encéphale brusquement inhibe plus ou moins totalement les centres sensitivo-moteurs corticaux conscients, libère les centres sous-thalamiques. Tout se passe, en effet, comme si la corticalité étant supprimée, la libération de l'appareil pallidal dérégle d'abord le repos musculaire, d'où les convulsions toniques, et libérant ensuite l'automatisme inconscient aboutit aux convulsions cloniques, jusqu'au moment où une inhibition totale amènera coma et résolution musculaire complète.

Et nous comprenons ainsi l'intervention du sympathique : primitive quand elle contracture initialement les vaisseaux à type musculaire ; puis secondaire lorsqu'il réagit au trouble pallidal, peut-être par une réaction sur les connexions pallido-nigriques, si nous considérons le *Locus niger* comme une inclusion pallidale avec Mirto, d'une part, et d'autre part, une inclusion sympathique avec Marinesco.

La preuve qu'une anémie encéphalique brusque peut déclancher des crises épileptiques, c'est leur apparition chez un de mes malades. Opéré pour un énorme calcul de l'uretère, il fit un ulcus duodénal avec très grosse hémorragie ; la lésion resta suintante, le malade se saigna à peu près littéralement. Et tout à coup, chez ce malade exangue, qui n'avait jamais présenté un accident semblable, se déclancha une crise comitiale courte, mais incontestable. Les crises d'abord se répétèrent d'heure en heure, puis s'espacèrent. Une dernière crise se reproduisit au cours de la nuit suivante, suivie d'une hématémèse. L'hémorragie s'arrêta alors ; on arriva rapidement à remonter le malade, et dès lors les crises disparurent. A un moment donné, au voisinage immédiat d'une crise, on constata que les oscillations à la radiale n'atteignaient pas 1/4 du CM.

Nous trouvons une autre preuve de ce mécanisme par anémie lorsqu'une crise épileptoïde se greffe sur la syncope de Stockes-Adams, au moment même où, dans le block incomplet, la circulation bulbo-cérébrale se décale brusquement au rythme très lent de l'automatisme cardiaque. Et M. Munier en fait une nouvelle démonstration (1), lorsque par la compression des lobes oculaires chez un sujet en état de déséquilibre sympathique, il détermine une crise épileptique franche et un arrêt brusque et prolongé du pouls.

Anémie intense et brusque de l'encéphale, de la corticalité notamment, et d'abord, soit par hémorragie profuse, soit par diminution brutale de la circulation encéphalique due à une exacerbation d'origine sympathique d'un état spasmodique des artères à type musculaire du cerveau, état spasmodique conditionné par un déséquilibre du système sympathique, notamment dans les états de troubles endocriniens, tel paraît un des mécanismes possibles, peut-être fréquent, de l'inhibition sensitivo-motrice corticale qui aboutit à la libération des mouvements automatiques involontaires d'origine pallidale d'abord, puis peut-être à leur tour, à leur propre inhibition, constituant les divers stades de la crise épileptoïde.

---

(1) A. Munier. — Accès convulsif à type comitial déclanché par la recherche du réflexe oculo-cardiaque chez un soldat n'ayant jamais eu de crises. — *Revue Médicale de l'Est*, 1921, 1er juillet.

Id. — Les troubles sympathiques dans les états convulsifs, Thèse *in* Nancy 1921.

LA ROUGEUR PRÉ-PAROXYSTIQUE CHEZ LES ÉPILEPTIQUES

par M. G. Hartenberg (de Paris)

Dans la moitié des cas d'épilepsie, l'auteur a constaté qu'il se produisait, avant la pâleur qui accompagne la perte de connaissance, une rougeur brève et fugitive du visage.

Le plus souvent, très légère et à peine perceptible, cette coloration est d'autres fois beaucoup plus intense et peut s'accompagner de battements artériels et de bourdonnements d'oreilles. En raison de sa fréquence, M. Hartenberg la considère non comme un incident iudividuel, mais comme un véritable symptôme de paroxysme comitial.

Pratiquement, ce signe peut être utile, soit pour essayer de faire avorter la crise, soit du moins pour en atténuer les inconvénients.

LE TARTRATE BORICO-POTASSIQUE DANS LE TRAITEMENT DE L'ÉPILEPSIE

Par MM. Pierre Marie, Crouzon et Bouttier.

Nous avons rapporté, l'an dernier au Congrès de Strasbourg, quelques résultats du traitemeut de l'épilepsie par le tartrate borico-potassique ; nous avons montré l'influence heureuse de ce traitement sur des séries de malades observés et la réapparition des crises chez ces malades dès la cessation du traitement.

Notre communication a soulevé une discussiou au cours de laquelle deux arguments ont été mis en avant :

a) Le tartrate borico-potassique est moins efficace que le bromure et le luminal ;

b) Le tartrate borico-potassique, comme les produits borés déjà employés, n'aurait, sans doute, qu'un effet passager.

Et l'on nous a donné rendez-vous à un an pour la production de nos observations ultérieures.

Au premier argument, nous avons déjà répondu au Congrès et dans une publication ultérieure de deux d'entre nous. Nous n'avons donc à ajouter que peu de chose à notre réponse :

Le tartrate borico-potassique est peut-être moins actif que le bromure ou le luminal daus nombre de cas, mais il n'a pas les inconvénients de l'un et de l'autre de ces médicaments. Il peut donc être envisagé comme un traitement sans danger, qui peut être substitué ou associé aux deux médicaments ci-dessus, quaud ceux-ci ne peuvent pas être continués en raison de l'intolérance. Nous devons signaler, cependant, à nos argumentateurs de Strasbourg que, depuis cette époque, deux travaux publiés par des observateurs, sans aucune affiliation avec nous, ont relaté des résultats très satisfaisants.

C'est d'abord M. Alfred Bénard, dans sa thèse de Paris, 1920, qui a relaté les heureux résultats obtenus par lui dans l'emploi du tartrate borico-potassique chez les épileptiques de l'asile de Clermont ; chez 8 malades, qui avaient eu 352 accès avant le traitement, il a observé après le traitement 117 accès le 1er mois, 91 le 2e, 69 le 3e.

Ce sont : M. Gardère, médecin des hôpitaux de Lyon, et MM. Gignoux et Barbier, internes des hôpitaux de Lyon, qui ont publié, le 6 juin 1921, à la Société

Médicale des Hôpitaux de Lyon, les excellents résultats obtenus chez des malades de l'Hospice du Perron, pendant plusieurs mois, par l'emploi du tartrate borico-potassique et du tartrate borico-sodique, qu'ils ont eu l'heureuse initiative d'employer après les travaux de M. Auguste Lumière et que nous avons mis en essai à la Salpêtrière.

Le deuxième argument qui nous a été opposé est l'action soi-disant éphémère du tartrate borico-potassique :

Cette supposition était basée, d'après les argumentateurs, sur l'action éphémère des produits borés qui avaient été employés avant nous. C'est dans ces conditions, qu'on nous a demandé d'apporter, ultérieurement, les résultats de nos observations.

Nous venons donc, aujourd'hui, vous apporter les observations, pendant une année complémentaire, des vingt malades dont vous avez déjà entendu les observations à Strasbourg. D'après les tableaux qui vous ont été soumis à Strasbourg, ces vingt malades avaient présenté, avant le traitement par le tartrate borico-potassique et après le traitement par ces médicaments, des crises dont le total individuel et le total général sont indiqués ci-dessous :

Première série de Malades. — *Avant traitement*, total mensuel des crises et vertiges : 14, 35, 8, 28, 43, 86, 34, 16, 23, 19 ; soit au total pour les 10 malades : **304** crises et vertiges ;

Après traitement, le 1er mois, total des crises et vertiges : 12, 5, 0, 22, 26, 56, 24, 15, 15, 6 ; soit au total pour les 10 malades : **181** crises et vertiges ;

Après traitement, le 2e mois, total des crises et vertiges : 10, 0, 10, 6, 18, 22, 19, 8, 9, 15 ; soit au total pour les 10 malades : **117** crises et vertiges ;

Après traitement, le 3e mois, total des crises et vertiges : 7, 0, 9, 9, 9, 21, 18, 6, 5, 6 ; soit au total pour les 10 malades : **90** crises et vertiges.

Deuxième série de Malades. — *Avant traitement* : 13, 14, 12, 11, 7, 9, 6, 6, 17 ; soit uu total de **95** crises et vertiges ;

Après traitement, le 1er mois : 7, 9, 1, 2, 6, 6, 6, 10, 4 ; soit un total de **61** crises et vertiges pour les 9 malades.

Voici maintenant pour chacune des séries figurant aux tableaux présentés à Strasbourg, sans entrer dans le détail des tableaux que nous mettons à votre disposition, le chiffre total de leurs crises et vertiges, pendant toute l'année écoulée, de juillet 1920 à juillet 1921 :

Pour la première série, les totaux des crises et vertiges ont été les suivants :

Mai 1920 : 157 (chez deux malades le traitement avait été interrompu).
Juin 1920 : 116 (chez une malade le traitement a été interrompu).
Juillet 1920 : 161.
Août 1920 : 122 (chez une malade le traitement a été interrompu).
Septembre 1920 : 107.
Octobre 1920 : 147.
Novembre 1920 : 81.
Décembre 1920 : 96 (chez une malade le traitement a été interrompu).
Janvier 1921 : 188.
Février 1921 : 82.
Mars 1921 : 58.
Avril 1921 : 69.
Mai 1921 : 52.
Juin 1921 : 89.

Pour la deuxième série, le total des crises et vertiges pour chaque mois a été le suivant :

Août 1920 : 49.
Septembre 1920 : 56.
Octobre 1920 : 44.
Novembre 1920 : 57.
Décembre 1920 : 47.
Janvier 1921 : 47.
Février 1921 : 57 (chez deux malades le traitement a été interrompu).
Mars 1921 : 64.
Avril 1921 : 67.
Mai 1921 : 65.
Juin 1921 : 47.
Juillet 1921 : 61.

Vous pouvez voir d'après la simple inspection de ces résultats que le chiffre des crises et des vertiges s'est maintenu sensiblement et même s'est amélioré, pendant tout le cours du traitement de l'année écoulée.

Chez cinq malades, nous avons suspendu le traitement pendant une période d'un mois, à une ou plusieurs reprises ; dans la plupart des cas, cette suppression du tartrate a amené un relèvement du chiffre des crises et vertiges, ce qui confirme les observations publiées par nous à Strasbourg sur l'influence de l'interruption du traitement sur la réapparition des crises. Ces faits ont été observés également par MM. Gardère, Gignoux et Barbier.

Pour conclure, nous ne pouvons que maintenir et renforcer les termes de notre communication à Strasbourg ; non seulement, le tartrate borico-potassique a fait ses preuves dans des observations nouvelles et entre les mains d'observateurs nouveaux, mais encore, la longue durée du traitement chez les malades n'a fait qu'en confirmer les heureux résultats ; bien plus, la possibilité de continuer, sans accident, ce traitement pendant une longue durée et sans intolérance, ne peut que nous engager à persévérer dans son emploi. Ce traitement peut donc être envisagé comme un traitement de longue durée ou comme *un traitement de fond*, auquel peut s'ajouter, dans certaines circoustances, le traitement par le bromure et surtout par le gardéual. Ce dernier médicament est d'une efficacité incontestable et nous l'employons volontiers comme renforçateur de l'action du tartrate quand ce médicament est insuffisant ou quand les crises comitiales surviennent à des moments prévus : 1° dans les épilepsies rytbmiques ; 2° dans les épilepsies périodiques de la femme, épilepsies cataméniales ; 3° dans les épilepsies nocturnes.

Dans ces cas, l'adjonction du gardénal, au moment voulu, complète heureusement l'action de longue durée que nous obtenons du tartrate borico-potassique.

A PROPOS DU TRAITEMENT DE L'EPILEPSIE PAR LES COMPOSÉS DU BORE

Par le docteur Maurice Brissot (de Rouffach).

On parle beaucoup, depuis quelques mois, du traitement de l'épilepsie essentielle par la médication borée. Une communication recente de MM. Pierre Marie, Crouzon et Bouttier, à l'Académie de médecine (novembre-décembre 1920) vient d'attirer l'attention sur l'emploi du tartrate borico-potassique dans la thérapeu-



tique de cette affection. D'autres sels, à base de bore, sont actuellement préconisés, dont le tartrate borico-sodique (Ecole Lyonnaise). Nous rappellerons, dans cette brève communication, que nous avons, un des premiers, étudié en 1912 l'action de la médication borée dans l'épilepsie. Nous en avons exposé les résultats, à la fin de la même année, dans un mémoire fait en collaboration avec le docteur Bourilhet, et couronné par la Société Médico-Psychologique (1). Une étude succincte lue par l'un de nous, en 1913, à la Société clinique de Médecine mentale (2), a précisé nos vues sur cette question. La guerre a malheureusement interrompu nos travaux.

Le borax a été conseillé autrefois dans le traitement du morbus sacer. Ce sel, qui avait donné quelques résultats heureux, n'a jamais bénéficié d'une très grande faveur dans le monde des médecins. Aussi, nous sommes-nous demandés si son action n'était pas due *à son acide seul ?*

Partant de ce principe, nous avons fait porter nos recherches sur neuf malades, trois enfants et six adultes, atteints soit seulement d'épilepsie convulsive, soit seulement d'épilepsie vertigineuse, soit à la fois du grand mal et du petit mal. Comme nous étions, à cette époque, médecin de l'Asile de Moulins (Allier), nous avons eu la bonne fortune de trouver, rattaché à cet établissement, un hospice d'épileptiques simples (3), où nous avons pu, en conséquence, expérimenter la médication borée *sur des malades non déments.*

Nous avons employé malheureusement un acide borique impur, destiné à l'usage externe (il nous a été impossible de nous en procurer d'autre), que nous avons utilisé aux doses suivantes : 2 ou 3 grammes par jour pour débuter, puis, successivement, 5 et parfois 8 grammes. Cette dernière dose nous a donné des mécomptes (troubles digestifs) et il semble que l'effet utile ait été obtenu le plus souvent avec 5 grammes. Les enfants paraissent tout particulièrement sensibles à cette médication : nous n'avons pu chez eux dépasser sans danger la dose quotidienne de 4 grammes, que l'on doit considérer comme un maximum dans la thérapeutique enfantine, du moins chez les sujets qui n'ont pas atteint leur quatorzième ou leur quinzième année.

Cette méthode nous a fourni des résultats encourageants : c'est ainsi que nous avons obtenu, *et cela très vite,* une réduction *évidente* du nombre des attaques et des vertiges. Nous relatons dans notre mémoire sur la « Démence épileptique », l'observation du jeune Chap... Joseph (8 ans, obs. 1) *qui, en avril 1912,* date du début du traitement, a encore *179 vertiges* ; sous l'influence du traitement par l'acide borique, ce nombre s'abaisse rapidement et successivement à 25, 11 et 4 pendant les mois suivants ; en août, le malade *n'a plus un seul vertige* et la guérison se maintient *entière* depuis cette époque. (La médication bromurée n'avait antérieurement amené aucune amélioration).

Notons également que ce jeune garçon n'a ressenti aucun trouble physique pendant la durée de notre expérimentation : il n'a jamais cessé de se bien porter

---

(1) M. Brissot et A. Bourilhet. — La Démence chez les Epileptiques (Société médico-psychologique. Prix Belhomme pour 1913). *Journal de Neurologie belge,* nos 4. 5, 6, 7. (Février, mars, avril 1914).

(2) M. Brissot et H. Bourilhet. — Quelques considérations sur le Traitement de l'Epilepsie par l'acide borique (Société clinique de Medecine mentale, séance du 17 février 1913).

(3) Hospice du Haut-Barrieux ou Dougny-Labruyère, rattaché à l'asile de Sainte-Catherine, à Moulins (Allier).

et d'augmenter de poids d'une façon régulière, ainsi qu'on peut s'en rendre compte par le tableau ci-dessous :

MOIS	NOMBRE TOTAL des vertiges	POIDS de l'enfant
—	—	—
		k. g
Mars 1912	268	22 500
Avril (début du traitement)	179	22 500
Mai 1912	25	23
Juin	11	23
Juillet	4	23
Août	0	23 500
Septembre	0	24
Octobre	0	25
Novembre	0	26
Décembre	0	26 600

(Le malade n'a jamais eu de manifestations convulsives).

Dans les 9 cas que nous avons traités, les accidents d'intoxication ou d'intolérance ont été relativement rares ; ils ont consisté en troubles gastriques, vomissements et en éruptions d'apparence eczémateuse (papulo-vésiculo-squameuse) avec œdème de la face et élévation légère de la température.

Tous ces troubles ont cédé rapidement à la suppression complète du traitement borique, combinée à l'alitement, au régime lacté absolu et aux purgatifs énergiques. Nous avons donné l'acide borique en solution dans l'eau et légèrement aromatisée, à prendre en deux fois chaque jour, une demi-heure avant les deux principaux repas. *Jamais* nous n'avons reçu de plaintes des malades contre cette médication, qu'ils prenaient sans se faire prier, et même avec un certain plaisir ; ils la trouvaient, en tout cas, bien supérieure comme goût à la médication bromurée.

Nul doute que si ce médicament avait été débarrassé des impuretés qu'il contenait, de manière à pouvoir communément être pris à l'intérieur, les accidents que nous venons de signaler, ne se seraient pas produits : les résultats en auraient été sans doute beaucoup plus satisfaisants.

L'étude par trop sommaire à laquelle nous nous sommes livrés appelle donc de nouvelles recherches.

M. le professeur Dupré (de Paris) déclare que c'est un de ses anciens élèves, le docteur Devaux, qui, dans sa thèse inaugurale, a consigné les résultats, négatifs d'ailleurs, qu'il avait obtenus par l'emploi de l'acide borique dans l'épilepsie.

M. H. Meige (de Paris) dit que tous les neurologistes sont d'accord, à l'heure actuelle, pour indiquer les avantages du luminal dans la grande épilepsie. — L'obnubilation consécutive à l'emploi de ce médicament est exceptionnelle, comme l'a déclaré le docteur Brissot.

TRAITEMENT DE L'ÉPILEPSIE

Docteur Paul Voivenel (de Toulouse).

Je voudrais d'abord, très brièvement, signaler que, parmi les assez nombreux cas que j'ai eu l'occasion de voir, ces deux dernières années, d'épilepsie (à crises rares) d'origine éthylique, chez des soldats qui avaient contracté et conservé des habitudes d'alcoolisme, j'en ai vu deux qui, commotionnés en mars 1918 et en

septembre 1918, ont présenté leur première crise en décembre 1919 et en juillet 1920. Je ne crois pas qu'on puisse rattacher leur épilepsie à la commotion. Je crois, par contre, que la perte, par la commotion, de leur virginité cérébrale, a sensibilisé leur système nerveux à l'action toxique de l'alcool.

Quant à la thérapeutique de l'épilepsie, après avoir essayé de toutes les méthodes proposées, je me suis arrêté à la ligne de conduite suivante, pour le moment :

I. — D'abord le *bromure*, qui est encore pour moi le médicament roi.

II. — Quand le bromure, ou n'agit pas ou donne très rapidement du bromisme, j'emploie tantôt le tétraborate de soude associé au véronal, tantôt le gardénal.

a) J'emploie le *tétraborate de soude associé au véronal* dans les cas d'épilepsie somatique. En tenant compte que l'estomac de quelques malades ne peut absolument pas le supporter, je lui dois d'excellents résultats, en particulier chez des épileptiques très fortement intoxiqués par le bromure, dont le l'association du tétraborate, du véronal et des toniques m'a permis de diminuer considérablement le nombre et l'intensité des crises et de relever l'état général. J'ai noté, dans deux cas, entre de longues périodes de disparition des crises, une courte période de crises très nombreuses et très fortes, dans un cas presque subintrant.

b) Je donne le *gardénal* aux épileptiques à symptomatologie psychique, en particulier à ceux qui ajoutent à leurs crises somatiques de l'anxiété, de l'angoisse, de l'irritabilité extrême, de l'insomnie. Ce médicament me semble, dans ma pratique, prendre l'avantage sur le précédent. J'ai de plus en plus tendance à l'utiliser. La dose de début de 30 centigrammes et d'entretien de 20 centigrammes m'ont paru les meilleures ; au-dessous de 20 centigrammes, les crises réapparaissent.

c) J'ai toujours obtenu de moins heureux effets de la *combinaison des trois thérapeutiques*, si bien que je crois que l'épileptique est si spécifiquement sensible à l'une ou à l'autre, que le mélange ne fait que gêner l'action du médicament dont le malade a, si j'ose m'exprimer ainsi, la vocation.

C'est cette vocation qu'il faut chercher.

M. Legrain (de Paris) désire simplifier cette thérapeutique et souhaiterait un médicament qui soit bon dans tous les cas. Il insiste à nouveau sur l'importance de l'intoxication alcoolique et pense que la suppression complète de l'alcool peut déterminer la disparition complète des crises.

M. Glorieux, ayant eu l'occasion d'employer comparativement le luminal et le gardénal, a eu quelques mécomptes avec ce dernier produit et aurait actuellement une préférence pour le luminal. Il demande aux médecins qui sont dans l'assistance si, dans la pratique, ils n'ont pas été amenés à faire la même constatation.

MM. René Charpentier, Laignel-Lavastine reconnaissent que, dans les premiers temps de son emploi, le gardénal n'avait pas une pureté suffisante et, de ce fait, devenait difficile à manier ; il n'était efficace qu'à partir d'une certaine dose, au delà de laquelle il donnait facilement de l'intolérance, et quelques phénomènes d'intoxication. Mais actuellement, le produit français présente la même pureté, la même efficacité et la même innocuité que le produit allemand, et MM. René Charpentier et Laignel-Lavastine n'emploient actuellement, dans leur pratique, que le gardénal qui leur donne des résultats identiques à ceux du luminal.

M. Fr. Adam n'a pas la même confiance dans ce médicament, quelle que soit son origine ; il lui dénie toute efficacité sur les phénomènes mentaux, et ne lui reconnaît même pas une action très marquée sur le nombre des crises.

M. Lalanne a traité un épileptique classique qui, après opération, présentait 50 à 60 crises par jour. Il désespérait de le sauver et, devant l'état très grave du malade, déjà cachectique, et en état de mal, il essaya le luminal en *injections sous-cutanées* de 0,20 centigrammes. Le malade s'améliora. Le docteur Lalanne poursuivit le traitement pendant plus de six mois et obtint une guérison complète.

M. Claude s'intéresse particulièrement à l'administration du gardénal par voie sous-cutanée. Il évite ainsi les troubles gastriques.

Contrairement à M. Adam, il croit à une heureuse modification de l'état mental sous l'influence de cette thérapeutique.

LA GUÉRISON DE L'ÉPILEPSIE

par M. Rapuc (de Toulon).

En utilisant la solution polybromurée, accompagnée d'un régime strictement déchloruré et hypo-azoté avec une douche fraîche tous les matins et un litre de lait par jour, l'auteur aurait obtenu, dans 60 % des cas, la disparition des crises convulsives.

Par contre, la méthode est presque sans action sur les équivalents et, en particulier, sur les complications mentales.

LE TRAVAIL MÉNAGER EN THÉRAPEUTIQUE MENTALE

par le docteur M. Gommès,
Ancien Chef de Clinique des Maladies mentales à la Faculté de Paris,
Professeur au Cours Normal Ménager.

Résumé

La rééducation par le travail manuel forme un chapitre important de la neuro-psychiatrie. Pour ce qui est du travail des femmes, le travail ménager particulièrement, je ne connais aucun mémoire.

L'impulsion intérieure au travail est essentiellement féminine, quitte à tomber facilement dans l'excès de zèle, la précipitation, le désordre. Il s'agit de canaliser et de rendre utile cette activité qui se commuerait en une agitation vaine et surtout dangereuse.

L'ergothérapie sous forme de T. M. est particulièrement simple, facile, ne nécessitant guère d'outillage encombrant ou compliqué. D'autre part, chaque femme possède des éléments traditionnels de science ménagère, malgré l'insuffisance de notre enseignement public sur cette matière.

Ce genre de travail présente une série d'avantages :

Physiquement, il met en jeu une quantité de groupes musculaires très variés et bien répartis (voir mon étude : *Le T. M. et l'Éducation physique, La Médecine*

scolaire, juillet 1921). De là, une action modératrice sur la sensibilité générale, atténuant l'hyperexcitabilité et l'hyperémotivité.

Psychiquement, c'est un précieux moyen de développement général des processus intellectuels, d'une valeur héroïque dans l'éducation des fillettes anormales. Puissante source de distraction, avec des applications immédiates, intéressantes et pratiques. Le plaisir de découvrir un peu de nouveau, sous forme de menus perfectionnements, dans la jouissance d'un intérieur agréable, contribue à donner quelque joie à la vie. Inversement, le T. M. apporte aux imaginations trop luxuriantes une certaine discipline. Enfin, il relève la malade à ses propres yeux, la console de sa mise à part sociale.

Socialement, réaction contre la vie compliquée et intensive, association facile à la vie rurale, seule vie où l'on puisse trouver le repos et le silence curateurs.

Dans les asiles, le choix des malades devant bénéficier du T. M. s'inspire évidemment de considérations diagnostiques. Les *démentes* (congénitales ou acquises) peuvent former le quart de l'effectif. Elles sont généralement douces et faciles à discipliner. Il est recommandé de leur choisir un travail simple, non interrompu (les repos de jours fériés ne réussissent pas).

Paranoïaques : un quart environ aussi. Ce sont elles les meilleures intellectuellement; quand a été trouvée l'occupation qui leur convient, elles sont même supérieures aux normales, sauf les polyhallucinées de persécution qui préfèrent le lit et l'immobilité; un autre quart peut être fourni par les *imbéciles* (vagabondes, etc.); 10 % environ pour les *idiotes* congénitales; les *épileptiques* forment un groupe d'une extrême variabilité. On évitera de leur mettre des outils entre les mains. Leur ponctualité au travail est souvent remarquable; quelques *cyclothymiques*. Toutefois, la désignation d'une malade pour le T. M. n'est pas subordonnée à un classement de ce genre : c'est bien la tâche la plus délicate du psychiatre, pour laquelle aucune directive théorique ne peut l'aider, ni la profondeur du délire, ni les réactions antérieures, ni l'aptitude, ni les promesses de la malade.

Ne jamais contraindre une malade à travailler; il faut l'amener, par une suggestion lente, à le demander elle-même.

Pas de salaires monnayés, mais des récompenses à caractère moralisateur.

Le T. M. sera toujours *varié*, et par conséquent dans l'organisation des grands établissements, on l'envisagera toujours comme *travail-traitement*, et jamais comme *travail-rendement*.

SERVICES OUVERTS ET DISPENSAIRES POUR PSYCHOPATHES

par le docteur Calmels
Conseiller général de la Seine

Le Conseil général de la Seine vient d'apporter à l'assistance des psychopathes une amélioration notable.

L'aliéné seul était jusqu'à présent assisté en vertu de la loi de 1838. Le psychopathe lucide et non dangereux, dont l'internement ne s'imposait pas, restait sans secours. Il ne peut bénéficier de la loi du 15 avril 1893 sur l'assistance médicale gratuite, ainsi qu'il résulta de la discussion du rapport du docteur Marcel Briand au Conseil supérieur de l'Assistance publique en 1905.

Le docteur Toulouse s'est attaché à combler cette lacune d'assistance en demandant la création d'un service ouvert, dès 1899, à la *Commission mixte chargée*

d'étudier les questions intéressant l'hospitalisation des aliénés et, en 1900, au *Congrès international d'Assistance.*

D'autre part, il y a lieu de signaler l'initiative du docteur Rayneau qui reçoit des malades libres au pensionnat de Fleury-les-Aubrais, et le service de petits mentaux non internés, réalisé pendant la guerre à Maison-Blanche par le docteur Marcel Briand, chef du service central psychiatrique du Val-de-Grâce.

Plus récemment le docteur Toulouse fit un nouveau rapport à la *Société médicale des Asiles de la Seine.* Ce dernier projet fut soumis à la *Ligue d'Hygiène mentale* dès sa création, et mis au point par la 6e Commission, avec la collaboration du docteur Calmels et de M. Chausse, conseillers généraux, sur un rapport rédigé par les docteurs Marcel Briand, Genil-Perrin et Toulouse. Ce projet fut présenté et soutenu au Conseil général par M. Brunet, conseiller général. M. Henri Rousselle le rapporta et, dans sa session de juin 1921, l'assemblée départementale vota l'affectation de deux pavillons de l'Asile Clinique à l'hospitalisation sans internement des psychopathes lucides et inoffensifs. Enfin la Commission du Pari mutuel accorda, sur la demande de M. Paul Strauss, une subvention de 40.000 francs à ce nouveau service.

Le Conseil général a voté une subvention de 5.000 francs.

Le Conseil municipal a alloué une subvention égale.

LE PSYCHOPATHE ET L'ALIÉNÉ DEVANT L'ASSISTANCE

Par MM. Genil-Perrin et Louis Parant (de Paris).

Les affections mentales présentent entre elles, au point de vue social, comme au point de vue clinique, des différences considérables, qui ne permettent pas d'appliquer indistinctement à toutes, les mêmes mesures d'assistance.

Nécessaire pour certains sujets, l'internement est inutile pour les autres, il est même *abusif*, suivant le terme employé par Frantz Adam, dans sa thèse de 1912.

« L'internement d'un malade est *légal*, écrivait Adam, toutes les fois que « celui-ci est atteint de troubles mentaux ; mais l'internement n'est *moralement* « *justifié* que lorsque l'asile d'aliénés s'impose comme étant le seul et meilleur « moyen de traitement et d'assistance. Sous le nom *d'internements abusifs*, nous « comprenons les placements injustifiés au point de vue moral, bien qu'ils restent « réguliers au point de vue légal .»

Quelques mois avant la guerre, à l'occasion de la discussion du projet de loi sur le régime des aliénés, l'Académie de médecine était invitée par le Ministre de l'Intérieur à préciser la signification des deux expressions : *malades aliénés* et *malades atteints d'affections mentales.*

Le professeur Gilbert-Ballet, dont le rapport fut adopté, classe les malades mentaux, d'après leurs réactions sociales, en quatre groupes :

1° Malades conscients de leur état et réclamant eux-mêmes des soins ;

2° Malades conscients, ou partiellement conscients de leur trouble mental, ne demandant pas par eux-mêmes des soins, mais s'y soumettant sans protestation suivie et cohérente ;

3° Malades inconscients de leur état, protestant de façon habituelle et cohérente contre l'isolement que nécessitent les soins dont ils ont besoin ;

4° Malades qui, du fait de leurs troubles mentaux, ont commis ou sont notoirement exposés à commettre des délits ou des crimes.

Aux malades des deux premiers groupes non dangereux, non protestataires, accordons de simples mesures d'assistance, et n'opposons, disait le professeur Gilbert-Ballet, de mesures de défense sociale qu'aux sujets des deux derniers groupes dangereux et protestataires cohérents et habituels.

M. Gilbert-Ballet étudiait en détail le régime qui devait être appliqué à chacune de ces catégories de malades dans la législation nouvelle.

Nous pouvons nous demander aujourd'hui s'il n'y a pas lieu de ne pas attendre la législation nouvelle, pour apporter une amélioration à nos méthodes d'assistance.

La chose, on le verra, est possible.

***

Pratiquement, contentons-nous de diviser en deux groupes les malades mentaux : d'un côté, les *aliénés*, d'un autre, les *psychopathes lucides et inoffensifs*, que, pour la commodité du langage, nous désignerons sous le terme de *psychopathes* tout court.

A l'aliéné, au malade dangereux pour l'ordre social et pour lui-même, inconscient de la nécessité de se soigner, et refusant de façon cohérente et habituelle l'hospitalisation que nécessite son état, réservons les mesures d'internement. Contentons-nous de faciliter son placement volontaire ; n'ayons recours au placement d'office qu'en désespoir de cause.

Mais au psychopathe lucide et inoffensif, offrons les ressources d'assistance qui lui manquent actuellement.

Il est paradoxal, mais exact, de dire que, quand ce psychopathe est vraiment raisonnable, sa seule ressource est de se faire passer pour fou.

Un psychopathe pauvre, qui comprend la nécessité de se faire soigner par un spécialiste, ne peut que chercher à entrer dans un asile d'aliénés, en surmontant la répugnance que lui inspire l'internement.

Le fait est d'observation courante dans la Seine, où le placement volontaire est admis pour les indigents.

En province, où l'administration n'a pas encore souscrit à cette mesure libérale, le psychopathe pauvre n'a pas même cette ressource de se faire soigner comme aliéné.

La situation de ce malade est donc très critique, parce que, non soigné, il est exposé à l'aggravation.

Cette carence administrative est très préjudiciable à la santé publique, et même au budget des départements, car on risque de laisser ainsi s'installer et se développer des troubles mentaux graves et chroniques qui pourront ultérieurement exiger l'internement prolongé, c'est-à-dire de grosses dépenses.

L'état d'improductivité de ces sujets s'entretient au détriment du rendement collectif.

Le spectacle de leur infirmité et la dérivation de leur activité sociale représente une source de contagion mentale et de contamination collective.

Il faut donc assister ces psychopathes lucides et inoffensifs. Les assister, c'est contracter une véritable assurance pour l'avenir.

***

Comment peut-on assister ces psychopathes lucides et inoffensifs? Il serait oiseux de rechercher ce qui se fait à l'étranger, où la législation des aliénés est différente de la nôtre. Et ce que nous recherchons, c'est une mesure immédiate-

ment applicable, ne présentant aucune antinomie avec l'état actuel de notre législation.

Deux solutions se présentent à l'esprit. Créer pour ces malades des services spéciaux dans les hôpitaux ; en créer dans les asiles.

La *Ligue d'Hygiène mentale* s'est prononcée catégoriquement pour la seconde méthode. Ce point de vue a été défendu dans les rapports des docteurs Toulouse, Briand et Genil-Perrin.

Les psychopathes ne sont pas à leur place dans les hôpitaux, parce qu'ils n'y peuvent trouver des locaux appropriés et un personnel infirmier spécialisé.

En admettant qu'un service de psychopathes soit réalisé dans un hôpital par un médecin versé dans les études psychiatriques, on n'a aucune garantie que son successeur s'y intéresse également.

Les essais tentés dans ce sens sont restés sans lendemain. Le service spécial de M. Gilbert Ballet, à l'Hôtel-Dieu, ne lui a guère survécu. On s'y heurtait à des difficultés insurmontables de personnel, infirmiers et infirmières redoutant le contact avec les *agités*, suivant l'expression vicieuse que combattait quotidiennement et sans succès M. Gilbert Ballet. Les hautes terrasses de l'Hôtel-Dieu constituaient un emplacement de choix pour les suicides, et c'était le scul lieu où les malades pouvaient prendre l'air.

Dans les asiles, au contraire, les psychopathes trouvent des locaux appropriés, un personnel spécialisé et des médecins qui se sont entièrement consacrés à la psychiatrie.

C'est dans les asiles que doivent être organisés les services ouverts pour psychopathes lucides et inoffeusifs.

LES SERVICES OUVERTS ANNEXÉS AUX ASILES SOUMIS A LA LOI DE 1838 POUR LE TRAITEMENT DES PETITS MENTAUX (NEURASTHÉNIQUES, PSYCHASTHÉNIQUES ET AUTRES PSYCHOPATHES)

par le docteur Frantz ADAM (de Rouffach).
(parlant au nom de la Ligue de Prophylaxie et d'Hygiène mentales).

La Liguc de Prophylaxie et d'Hygiène mentales m'a chargé de défendre devant le Congrès le principe de la création de services ouverts pour psychopathes dans les asiles soumis au régime de la loi 1838.

L'idée pour laquelle la Ligue bataille et va batailler n'est pas nouvelle ; nous verrons tout à l'heure que, dans quelques trop rares asiles, des esprits novateurs ont déjà trouvé moyen de lui donner corps ; le Conseil général de la Seine vient de voter un crédit de 40.000 francs pour créer un service ouvert à Saint-Anne ; je vous lirai tout à l'heure une circulaire du 14 août 1840, qui organise cette assistance, mais qui malheureusement n'a jamais été appliquée.

Que prétend la Ligue ?

Qu'une masse de psychopathes (neurasthéniques, psychasthéniques, obsédés, phobiques, dipsomanes...) et parmi ceux-ci un grand nombre de sujets particulièrement intéressants, je veux dire ces blessés ou commotionnés de guerre, traités sous le nom de « petits mentaux » dans des services spéciaux aujourd'hui supprimés,

tous malades essentiellement curables ou du moins améliorables, sont ou bien abandonnés sans direction ou bien réduits à se faire interner sous le régime de la loi de 1838, ce qui leur répugne toujours et ce qui ne leur est pas toujours accordé quand ils le demandent faute de mieux. Ces sujets « exercent sur leur entourage une influence défavorable, restent tous plus ou moins diminués dans leur productivité et peuvent même être poussés à des réactions antisociales alors que beaucoup d'entre eux pourraient être rééduqués et récupérés par des soins et une direction appropriés, et cela est une perte pour la collectivité française déjà si appauvrie en travailleurs par la guerre et la dépopulation. » C'est ainsi que s'exprime la Ligue dans un rapport adressé au Conseil général de la Seine. J'ajouterai, pour ma part, quitte à me laisser accuser d'avoir des préoccupations politiques, que ces sujets, s'ils sont d'anciens blessés de guerre, s'en vont souvent grossir les formations bolchevistes, ce qui m'inquiète, non point pour ma tranquillité ou celles des classes paisibles, mais parce qu'il m'est pénible de songer qu'un jour ou l'autre la société aura à rappeler plus ou moins brutalement à la raison ces formations révolutionnaires constituées en partie par de braves camarades de combats mécontents et égarés... parce que nous n'avons pa su les soigner et les assister.

Où faut-il soigner ces malades ?

A l'asile, dans un service ouvert.

A l'asile : parce que le médecin d'asile est, dans les départements du moins, le plus compétent sinon le seul compétent pour traiter ces malades ; parce qu'il dispose d'un personnel spécialisé et de locaux adaptés ; parce que cette assistance ne peut qu'être départementale.

Dans un service ouvert : sinon le psychopathe ne viendra pas, car il lui répugne de se faire interner, l'internement marquant, qu'on le veuille ou non, d'une tare indélébile, tous les individus suspects de troubles psychiques même légers ou transitoires.

Cette création de Services ouverts qui atténuera puis, avec le temps, détruira les préjugés existants contre nos asiles, devra être annoncée à grand renfort de réclame, afin que dans chaque village l'on apprenne et l'on retienne bien qu'il n'y a pas « que des fous » dans les asiles.

Cette mesure est-elle légale ?

Un fait : des placements de ce genre ont lieu à Fleury-les-Aubrais, à Esquermes (Lille) et, m'affirme-t-on, aussi à Mont-de-Marsan depuis plusieurs années. MM. Rayneau et Raviart vous diront s'ils ont rencontré des difficultés administratives.

La loi de 1838, a déclaré M. l'Inspecteur général Rondel, ne s'oppose pas à cette initiative.

Je vais, du reste, maintenant vous donner connaissance d'une circulaire que j'avais déjà reproduite dans ma thèse en 1912, et que je m'étonne de n'avoir jamais vu appliquer. Cette circulaire, datée du 14 août 1840, préconise « l'admission dans les asiles, aux frais du département, des aliénés dont l'état mental ne compromettrait point l'ordre public ou la sûreté des personnes. »

A cette circulaire est joint le modèle d'arrêté suivant :

« Nous, Préfet du département de...

« Considérant que la loi du 30 juin 1838 n'est pas seulement une loi de police mais encore une loi de bienfaisance qui a eu pour but d'assurer autant que possible

un traitement et des soins aux aliénés... dont l'état mental ne compromettrait point l'ordre public et la sûreté des personnes, notamment lorsque ces insensés sont en proie aux premiers accès de la maladie ou présentent des chances probables de guérison...

« Avons arrêté et arrêtons ce qui suit :

Article premier. — X... places seront réservées dans les asiles de... pour recevoir pendant l'année 18... les aliénés indigents du département de... dont l'état ne compromettrait pas l'ordre public ou la sûreté des personnes.

Art. 2. — Seront admis de préférence à ces places les aliénés dont la maladie sera le moins invétérée ou qui, d'après l'avis des médecins, présenteront le plus de chance de guérison. »

Que faudrait-il ajouter à ce modèle d'arrêté, datant de 80 ans, pour l'adapter aux nécessités de l'heure ?

Quelques articles comme ceux-ci :

« Les malades qui demandent à être placés dans ces conditions signent *eux-mêmes* une demande d'admission ;

« Ils n'auront pas besoin de fournir un certificat à l'appui de leur demande ;

« Ils ne figureront pas sur le registre dit de la loi de 1838 ; mais sur un registre spécial dénommé « Registre du Service ouvert ».

« Un bulletin d'entrée sera adressé à la Préfecture. Dans le cas où le malade ne pourrait pas couvrir les frais de la pension, il en sera fait mention dans le bulletin, et dans ce cas seulement il y sera joint un certificat du médecin du service, concluant à la nécessité de traiter le malade ; les frais d'assistance seront répartis par le Préfet entre la famille (s'il y a lieu) la commune et le département ;

« Le malade, qui devra se soumettre au règlement spécial du service, en sortira quand il fera la demande par écrit au Directeur de l'Établissement ; s'il ne fait pas cette demande, quand le médecin du service le déclarera guéri ou atteint d'une affection chronique ne relevant pas de ce service.

« Toutefois si, quand un malade demandera sa sortie, le médecin, qui devra chaque fois être consulté, déclare par écrit que le sujet est dans un état de nature à le rendre dangereux pour lui, pour des tiers ou pour l'ordre public, il sera sursis à sa mise en liberté et le Préfet immédiatement informé décidera sur le vu du certificat médical si le malade doit être mis en liberté ou placé dans un service régi par la loi de 1838.

Je n'ai pas la prétention de vous proposer quelque chose de définitif ; il n'y a pas quinze jours que la Ligue m'a demandé de vous faire cette communication et je n'ai pu consulter tout ce qui a été écrit sur la question. J'ai simplement voulu amorcer le débat. Je suis convaincu que cette réforme est possible et rendrait service. Un collègue m'écrit : « Ces services sont viables à condition de les vouloir. » Je crois, en effet, que tout est là, mais que vont dire les misonéistes ?

Je fais une concession. Ne pourrait-on pas désigner quelques asiles importants, où ces services pourraient immédiatement être créés, et décider que les départements qui ne croiraient pas, pour le moment, pouvoir prendre une initiative de ce genre dans leur asile seraient tenus de traiter avec un asile possédant un service ouvert pour y faire traiter les malades relevant de ce mode d'assistance.

Deux mots encore...

En Alsace, l'organisation des caisses de malades auxquelles doivent être inscrits tous les ouvriers, quel que soit leur salaire, et toute personne à gage où à

traitement inférieurs à 8.000 francs par an, facilite ce mode d'assistance que je pourrais presque dire existant, sauf que le sujet placé figure sur le Livre de la Loi ; en effet, le placement fait au compte de la caisse est considéré comme placement volontaire, l'engagement de payer signé par la caisse tenant lieu de demande d'admission. Chaque semaine nous recevons ainsi des petits mentaux venant seuls munis d'un certificat disant « qu'ils pourraient profiter d'un séjour à Rouffach », et d'une attestation de leur caisse s'engageant à couvrir les frais pendant vingt-six semaines au plus. Au début, on refusait ces malades, mais devant l'étonnement des confrères alsaciens, on a demandé l'avis de la Préfecture qui accepte maintenant ces placements et les considère comme des placements volontaires. Dans le certificat de vingt-quatre heures nous concluons habituellement : « ce placement demandé par le malade n'est pas injustifié. A observer... »

Je tiens encore à dire ceci. On m'a déjà objecté : vous, qui avez autrefois qualifié d'abusifs quantité de placements, vous venez, moins de dix ans après, soutenir une thèse inverse !

Pardon !

J'ai protesté et je protesterai encore contre la tendance qu'ont certains hospices et certaines familles à se débarrasser d'un érysipélateux délirant, d'un cancéreux agonisant, d'un vieillard plus ou moins aphasique ou amnésique en le faisant interner sous le régime d'une loi qui les prive de leur liberté et les classe dans une catégorie de malades, les aliénés séquestrés, qui, que nous le voulions ou non, sont, dans l'état actuel des préjugés sociaux, considérés comme des sujets définitivement tarés.

Le jour où nos asiles seront devenus des hôpitaux contenant des services ouverts, et nul plus que moi ne désire qu'il en soit ainsi, ces répugnances tomberont pour le plus grand bien des asiles, des malades et même des médecins aliénistes.

Pour bien montrer que ma manière de voir n'a pas changé, je vous demande, en terminant, de me laisser vous lire ces quelques lignes que j'écrivais en 1912.

« ... Aussi, croyons-nous que la réforme la plus heureuse et la plus aisément réalisable serait la création des petits hôpitaux annexés aux asiles. Ce petit hôpital serait, en somme, le quartier d'admission et de répartition, où tout nouveau malade ferait un séjour (1). Les aigus y seraient traités et en sortiraient définitivement quelques semaines après, à moins qu'ils ne deviennent chroniques, auquel cas on les placerait à l'asile ; ceux qui seraient déjà chroniques à l'entrée seraient examinés par le médecin, le temps nécessaire pour apprécier si leur place est à l'asile, à la colonie, ou à l'hospice. »

Mais il serait d'importance capitale que l'admission dans cet hôpital d'observation fût libre de toute formalité légale et que la procédure d'internement ne vint que lorsque serait jugé nécessaire le passage à l'asile ou à la colonie.

Ce « petit hôpital » dont je demandais la création il y a neuf ans, me paraît bien proche parent du service ouvert dont la « Ligue d'hygiène et de prophylaxie mentales » vous invite à réclamer la création dans vos asiles.

(1) F. Adam. — Des internements abusifs, Paris, Maloine 1912, p. 124.

LE DISPENSAIRE NEURO-PSYCHIATRIQUE DE L'HOPITAL LAENNEC

par M. Laignel-Lavastine
Professeur agrégé de la Faculté de Médecine de Paris, Médecin de l'hôpital Laennec

A propos du mouvement actuel en faveur de l'hospitalisation des psychopathes dans des services ouverts, M. Laignel-Lavastine rappelle qu'après Régis, à Bordeaux, et Gilbert-Ballet, à l'Hôtel-Dieu de Paris, il a organisé officieusement à l'hôpital Laennec un service pour psychopathes ni agités, ni dangereux et qu'il y a joint un dispensaire neuro-psychiatrique qui, par ses consultations, a permis l'assistance à deux degrés — chez eux, en cure libre, et à l'hôpital dans un service non-spécialisé — des psychopathes lucides et inoffensifs indigents, lesquels ne peuvent aller dans des maisons de santé payantes et, ne présentant pas les signes indiquant l'internement, deviennent trop souvent les victimes des charlatans en raison de l'insuffisance de l'assistance gratuite actuelle.

Ce dispensaire, qui soigne déjà 350 malades et permet des économies d'hospitalisation, montre, par l'augmentation progressive de sa clientèle, l'importance qu'aurait la multiplication de semblables organismes dans l'outillage de la prophylaxie psychiatrique.

UN ASILE D'ALIÉNÉS AU JAPON

par le docteur Flournoy,
Privat docent à la Faculté de Médecine de Genève.

Daus la campagne plate couverte de rizières, qui environne l'immense banlieue de la capitale japonaise, un tramway électrique conduit en une heure à la porte de « Matsuzawa-Hospital », l'asile d'aliénés de la province de Tokio. C'est un établissemeut moderne, dont la construction n'était pas encore entièrement terminée lorsque nous avons eu l'occasion de le visiter eu janvier 1921.

Matsuzawa se compose d'un vaste bâtiment central à un étage, réservé au personnel médical et administratif, et d'un grand nombre de pavillons disposés de manière symétrique et constituant la division des hommes et celle des femmes. Ces pavillous ne comprennent qu'un rez-de-chaussée dont les parois sont formées par des châssis de bois vitrés, surmontés d'un toit de tuiles. Des cloisons intérieures, tendues de papier, séparent les salles les unes des autres, et les couloirs où se tiennent les infirmiers. Si frêles et légères en apparence, ces constructions possèdent toutes les qualités requises pour résister au danger des tremblements de terre.

Les chambres des pensionnaires, vastes et bien aérées, ont un ameublement fort simple, conforme à celui de la plupart des maisons japonaises. Il n'y a pas de lit, mais une natte sur laquelle le malade se tient accroupi ou à genoux, se chauffant les maius sur le brasero classique, l'élégante caisse carrée remplie de cendre chaude. Le soir on apporte un matelas. Les salles commuues pour indigents ne diffèrent que par leurs dimensions plus grandes. Seuls les pavillons d'agités ont des parois en brique, extrêmement minces, et sont munis de véritables portes pouvant être fermées à clef ; un système spécial de chauffage central répand la chaleur par les murs.

Les installations de bains sont très perfectionnées ; une de leurs particularités est que les baignoires se trouveut au niveau même du sol, en sorte qu'on y descend comme dans une piscine. Si le malade veut sortir de l'eau, on l'y maintient aisémeut au moyen d'un drap. L'infirmerie, pourvuc de lits, est destinée au traitement des aliénés porteurs d'affections organiques, parmi lesquels il convient de signaler les troubles trophiques dus au béribéri.

Les laboratoires, avec collections de cerveaux et de coupes pour recherches scientifiques, sont fort bien aménagés. Citons encore les salles de travail, où l'on voit les malades installés sur les uattes, exerçant divers métiers manuels sous la direction d'iufirmiers expérimentés; le pavillon spécial pour isoler les aliénés atteints de tuberculose, affection très répandue au Japon ; le salon de coiffure, etc.

Au point de vue clinique, il n'y a pas de formes spéciales d'aliénation mentale, et la fréquence de celle-ci est à peu près la même qu'en Europe. Les déments précoces sont uombreux ; nous en avons rencontré un groupe rentrant de sa promenade quotidienne dans les domaines de l'Asile, et faisant les gestes stéréotypés les plus variés. Les affections d'origine syphilitique sont fréquentes également : un paralytique général m'a donné de la manière la plus nette la démonstration de l'acboppement syllabique sur les mots d'épreuves en usage au Japon. L'artériosclérose, par contre, est rare, ainsi que les psycboses éthyliques ; les cas de delirium tremens sont tout à fait exceptionnels. Le peuple est en effet très sobre ; il ne consomme guère que le saké, boisson fabriquée par la fermentation artificielle du riz, et dont la teneur en alcool est un peu supérieure à celle de nos vins ordinaires.

Les arrêts de développement, l'bystérie, l'épilepsie, se rencontrent comme chez nous ; les folies périodiques — surtout les formcs dépressives avec tendances au suicide — sont assez répandues, de même que toutes les variétés de délires cbroniques. Un soi-disant général a rempli sa cellule de tropbées éclatants, d'écussons, de drapeaux multicolores au milieu desquels il s'agite en donnant des ordres ; son attitude expansive jette une note gaie et contraste singulièrement avec la psychologie habituelle du Japonais, si calme et si réservé.

L'impression générale qui se dégage d'une visite à Matsuzawa est d'abord celle de l'étrangeté, de l'imprévu, due à la nouveauté du site et à la fragilité apparente de ces pavillons construits selon l'architecture imposée par les conditions locales. Mais le visiteur européen est vite saisi par un sentiment de sécurité que lui inspirent l'ordre absolu, la propreté méticuleuse qui règne partout, et l'excellente tenue du personnel infirmier.

Lorsque la construction de cet établissement sera acbevée, il pourra abriter près de 700 malades soignés par 6 médecins. C'est le premier asile public du Japon ; dans le reste de l'Empire, les aliénés sont internés dans des hôpitaux ou cliniques privées, que l'État indemnise pour leurs clients indigents. Le directeur actuel de Matsuzawa est le professeur Kuré, de l'Université impériale de Tokio, qui a bien voulu nous faire visiter l'asile, ainsi que la clinique psychiatrique et le laboratoire qu'il dirige à l'Université.

NEUROLOGIE

PRÉSENTATION DE DEUX MALADES

(Syndrome de Raynaud)

Par MM. Forman et Wenger (de Luxembourg).

MM. Forman et Wenger (de Luxembourg) présentent une première malade, atteinte de lésions syphilitiques tertiaires, dont le Wassermann est positif, qui a présenté des plaques de gangrène aux membres inférieurs, avec fracture du fémur et perte d'un orteil d'un côté. Cette malade a un facies d'Hutcbinson des plus nets et un peu d'exophtalmie.

Le second malade est un jeune bomme de 21 ans, amputé des deux pieds. Une gangrène symétrique s'était établie très rapidement sans traumatisme ni autre cause extérieure, alors que le malade travaillait comme valet de ferme. Une photographie montre le malade tel qu'il est entré à la clinique; les deux pieds gangréneux n'étaient rattachés au reste du corps qu'au moyen des os complètement dénudés. Le malade qui a une débilité mentale assez prononcée, n'a ni troubles moteurs, ni troubles de la sensibilité. Les urines ne contiennent pas de sucre. Comme il n'y a pas d'autre cause à trouver, comme le malade présente de l'hypo-asphyxie, la question se pose d'examiner, s'il ne faut pas voir dans l'*hyperréactivité sympathique constitutionnelle* la cause première de cette gangrène étrange. Il y a un peu d'exophthalmie, il y a un dermographisme prononcé, il y avait au moment de l'entrée du malade à la clinique de l'insuffisance circulatoire et une mydriase babituelle, symptômes relevant de la sympathicotonie. L'absence de tare spéciale, la réaction de Bordet-Wassermann dans le sang et dans le liquide céphalo-rachidien, l'examen chimique et cystologique de ce dernier ayant donné un résultat négatif, l'hérédo-syphilis semble pouvoir être exclue. La question de savoir s'il pourrait s'agir dans ce cas d'un accident du travail, question qui a donné lieu effectivement à un échange de vue entre la commune de l'intéressé et l'office d'assurances sociales, a été résolue dans un sens négatif.

M. Chiray (de Paris) se demande s'il ne s'agit pas là d'aortite abdominale oblitérante, car les amputations sont rares dans la maladie de Raynaud. Il y aurait lieu de prendre comparativement la pression artérielle aux creux poplités.

M. Meige (de Paris) fait remarquer l'intérêt dans ces deux cas de l'exopbtalmie relative observée chez ces malades.

L'ACROCYANOSE

par M. Crocq (de Bruxelles).

Le syndrome décrit par l'auteur sous ce nom, il y a 25 ans (Congrès des Aliénistes et Neurologistes, Nancy, 1896), a fait l'objet de nombreux travaux, qui ont amené des confusions regrettables. Cassirer, Pelue, Bœck, Scbeiber, etc., ont confondu ce syndrome avec la maladie de Raynaud, avec l'œdème bleu de Charcot.

Dès 1896, M. Crocq insistait sur le fait que l'acrocyanose n'est ni l'asphyxie locale avec gangrène, ni l'œdème bleu, mais est caractérisée par une teinte violacée des mains et des pieds, permanente, avec hypothermie locale, transpiration, sans douleur réelle. Les phlyctènes sont exceptionnelles et les gangrènes ne se rencontrent pas.

Ce syndrome est causé par des troubles trophoneurotiques qui durent de longues années et disparaissent parfois spontanément. L'acrocyanose est fréquente dans la démence précoce. L'auteur montre des photographies d'un cas observé depuis vingt-deux ans.

M. Manheimer Gommès rappelle un cas d'œdème rouge, chez un mélancolique, décrit par lui en 1896.

TROUBLES SYMPATHIQUES DES MEMBRES SUPÉRIEURS DANS LES AFFECTIONS DE LA RÉGION DORSALE MOYENNE OU INFÉRIEURE DE LA MOELLE

(Nouvelle série de 5 cas)

Par MM. J.-A. Barré et R. Schrapf (de Strasbourg).

Dans un travail antérieur (*Revue Neurologique*, mars 1920), les auteurs ont déjà attiré l'attention sur un ensemble de phénomènes qu'on peut observer aux membres supérieurs chez les malades atteints d'affections diverses de la moelle dorsale moyenne et inférieure (du 6e au 11e segment) : ce sont des troubles sensitifs, moteurs, vaso-moteurs et sudoraux des membres supérieurs qui s'expliquent par l'origine médullaire basse des fibres sympathiques qui vont aux membres supérieurs.

A leur première série de 8 cas, les auteurs ajoutent une série de cinq nouveaux malades, tous pottiques (les lésions vertébrales siégeant entre D^4 - D^8).

Ils insistent sur l'importance de la connaissance de ces troubles sympathiques qui permettent d'éviter des *diagnostics topographiques erronés*, et en particulier, des localisations trop hautes.

D'autre part, ces troubles sont souvent signes précurseurs du syndrome médullaire ; en dirigeant l'examen clinique, ils peuvent permettre de dépister de bonne heure le foyer médullo-rachidien et de prévenir l'apparition du syndrome médullaire par une thérapeutique précoce.

SUR QUELQUES MODALITÉS DU RÉFLEXE CUTANÉ PLANTAIRE ET SUR SA PARTICIPATION AU RÉGIME DES RÉFLEXES CUTANÉS

Par MM. J.-A. Barré et P. Morin (de Strasbourg).

Le phénomène de Babinski a une telle valeur pratique qu'il importe d'en connaître toutes les modalités ; les auteurs étudient deux formes de ce réflexe qui n'ont guère fixé l'attention jusqu'ici et proposent pour chacune une interprétation clinique.

a) Les *petits orteils* peuvent exécuter une *flexion dorsale franche*, tandis que le gros orteil reste immobile.

b) Les *petits orteils* peuvent s'allonger, sans se mettre en flexion, ou extension dorsale, tandis que le gros orteil reste immobile ou se fléchit sur la plante.

Ces deux formes, pas absolument rares du réflexe cutané plantaire, ne paraissent avoir aucune signification pathologique.

D'une façon générale, les différents mouvements des petits orteils n'ont pas de valeur quand ils existent en dehors de l'extension du gros orteil. C'est le mouvement du gros orteil qui mérite presque seul l'attention.

Les auteurs montrent ensuite que, dans un grand nombre de cas, le réflexe cutané plantaire se fait « tantôt en flexion, tantôt en extension » ; il est facile d'obtenir à volonté l'un ou l'autre en excitant la plante d'abord d'une façon très légère, ce qui déclanche ordinairement la flexion plantaire, puis d'une façon plus forte, ce qui amène l'extension.

Ils sont portés à considérer le réflexe en flexion comme le seul réflexe cutané plantaire, et le « phénomène des orteils », comme un réflexe de défense, c'est-à-dire d'un ordre assez différent.

En interprétant les choses de cette façon, ils ont presque toujours (8 fois sur 10) observé que les différents états du cutané plantaire (existence, diminution ou abolition) allaient de pair avec ceux des autres réflexes cutanés. Quand l'extension des orteils se déclanche sous l'influence de la moindre excitation, comme c'est presque toujours le cas des scléroses en plaques, le réflexe cutané plantaire est aboli.

Au lieu d'exciter la plante du pied dans le seul désir, comme c'est le cas ordinaire, de savoir s'il y a ou s'il n'y a pas extension des orteils, il importe de faire l'exploration de la plante pour étudier deux réflexes qu'une excitation bien conduite peut utilement dissocier.

DU MÉCANISME DE LA MÉLANODERMIE DANS CERTAINS ETATS HYPERTHYROIDIENS

Par Delahet (de Toulon)
Médecin de 1re classe de la Marine

Dans une théorie ancienne, Jaccoud soutenait que l'irritation du plexus solaire était la condition essentielle et suffisante de la pigmentation bronzée.

Cette théorie sympathique a été remplacée de nos jours par une théorie endocrinienne attribuant à la perversion d'une sécrétion glandulaire, surrénale le plus souvent, l'apparition de la pigmentation.

C'est ainsi que pour expliquer la mélanodermie associée à la maladie de Basedow on fait intervenir une interdépendance glandulaire entre thyroide et surrénale.

Mais dans ces cas d'association, est-ce toujours le facteur thyroidien qui est le premier en date et, d'autre part, s'agit-il bien d'une viciation de la sécrétion surrénale ?

Deux observations que nous avons eu l'occasion de recueillir nous invitent à en douter.

Dans l'une comme dans l'autre il s'agit non plus de maladie de Basedow typique mais d'un syndrome fruste auquel manquent deux des éléments cardinaux, à savoir : le goître et l'exophtalmie. Par contre, tremblement et tachycardie sont absolument caractéristiques, et des signes secondaires tels qu'émotivité, asthénie, troubles vaso-moteurs et exagération de la dépuration urinaire complètent le syndrome. Au point de vue surrénal, il s'y adjoint une mélanodermie diffuse avec prédominance aux flancs et à la face chez l'un des malades, localisée à la région lombo-abdominale et vivement fixée au niveau de traces de vésication, chez l'autre malade.

Ce signe surrénal ne s'accompagnant ni d'hypotension ni du phénomène de la ligne blanche, une perturbation de la sécrétion glandulaire elle-même ne paraît pas très plausible.

Mais un phénomène clinique, tout à fait digne d'attention, est à retenir. Chez nos deux sujets la pression profonde des hypocondres et des flancs provoque une douleur exquise, s'accompagnant d'anxiété, de larmes et d'une recrudescence de la tachycardie. Absente spontanément, elle ne manque cependant jamais dès que la palpation atteint des deux côtés la zone sus-indiquée.

Cette douleur si particulière n'existant qu'à la pression profonde de zones correspondant à la région réno-surrénale et s'accompagnant de phénomènes sympathiques nous paraît être la traduction de la souffrance, sinon des surrénales elles-mêmes, du moins des filets nerveux sympathiques qui les avoisinent. Il s'agit, en définitive, d'un phénomène solaire. L'exploration clinique ne nous a pas permis de le rattacher à la lésion d'un organe déterminé, mais quelle qu'en soit l'origine, ce sont ses rapports avec la mélanodermie qui nous paraissent intéressants à élucider.

Pour ce faire il faut se rappeler les recherches anciennes d'Alezais et Arnaud qui ont montré, que la pigmentation était surtout fonction du tissu péricapsulaire et les règles de physiologie d'après lesquelles les phénomènes vaso-moteurs de l'Addisonisme dépendraient de l'atteinte de la médullaire, tandis que le cortex surrénal serait responsable des troubles pigmentaires.

Il faut, d'autre part, tenir compte de ce fait que dans nos observations il s'agit non d'une maladie de Basedow typique mais d'un syndrome basedowien fruste. Ce syndrome, a tout prendre, traduit un état d'éréthisme sympathique qui ne suppose pas nécessairement une perturbation de la sécrétion thyroidienne. La formule sanguine de nos malades n'est, en effet, pas celle de Basedowiens purs : au lieu de la leucopénie qu'on sait être de règle, même dans les cas frustes de la maladie, nous avons trouvé de la leucocytose (17.000 globules blancs dans un cas, 12.000 dans l'autre).

Si les symptômes Basedowiens constatés sont imputables à une excitation sympathique on peut supposer qu'ils soient conditionnés par l'irritation solaire dont nous avons donné les signes. Comme, d'autre part, nous n'avons pas trouvé d'hypotension (Mx = 17 dans un cas, et 16 dans l'autre), il nous semble que la mélanodermie n'est pas liée à une altération de la substance médullaire de la surrénale, mais bien plutôt à la souffrance des filets nerveux contigus au cortex. Cette mélanodermie, d'ailleurs discrète, ne saurait appartenir à de profondes lésions glandulaires.

En définitive, nous aurions affaire à des cas de basedowisme reflexe, tels qu'on a pu déjà en signaler à l'occasion de lésions d'organes abdominaux (Mayzèle, Félix Ramond). Sans recourir à l'hypothèse d'une interdépendance glandulaire on peut parfaitement concevoir que les divers organes tributaires du sympathique ou en connexion avec lui puissent réagir dès que leur axe nerveux commun se trouve altéré en quelque point. Ici l'altération surrénale, comme primum movens des accidents, n'aurait pas plus de valeur causale que n'en aurait l'altération d'un organe quelconque, non endocrine, contigu au système sympathique. Elle se borne à influencer par une excitation réflexe l'équilibre de ce système, et la permanence de cette excitation se révèle par des symptômes éréthiques, tels que la tachycardie et le tremblement, ou trophiques tels que la mélanodermie. Si la sécrétion de la glande thyroide vient à être influencée, ce n'est que secondairement et du fait de la perturbation dynamique irradiée jusqu'à elle. Mais pour de tels faits le terme de maladie de Basedow est certainement impropre. Il vaudrait mieux parler de syndromes sympathiques pseudo-basedowiens.

SCIATIQUE RADICULAIRE ET GLYCOSURIE RÉFLEXE

par M. Lortat-Jacob (de Paris).

En même temps qu'une glycosurie de 5 gr. par jour, existaient des points douloureux, une abolition des réflexes patellaire et achilléen, de l'atrophie musculaire, une anesthésie prédominant sur L. 4 et S. 1.

Des injections intradurales de novocaïne calmèrent les douleurs et supprimèrent momentanément la glycosurie : mais les douleurs augmentèrent, en même temps que des troubles sympathiques, vaso-moteurs, rougeur du pied, de la jambe, s'accentuèrent.

Le malade mourut de la tuberculose. A l'autopsie, on trouva un petit kyste translucide, du volume d'un grain de blé, sur la 4e lombaire, sans caractères tuberculeux nets.

Cas intéressant à cause de la rareté des autopsies de sciatiques radiculaires et aussi à cause de la glycosurie, analogue à celle qu'on obtient expérimentalement par irritation du bout central du sciatique.

UN CAS D'ATROPHIE MUSCULAIRE CHEZ UN PARALYTIQUE GÉNÉRAL CONSTATATION A L'AUTOPSIE D'UNE SYRINGOMYÉLIE

par MM. E. Ringenbach et B. Frey,
Internes à l'Asile de Rouffach.

Il s'agit d'un malade chez qui on avait constaté cliniquement l'association de la paralysie générale et de l'atrophie musculaire, type Aran-Duchenne, comme dans le cas rapporté par MM. Briand et Rogues de Fursac (*Encéphale*, 10 octobre 1920). A l'autopsie, on trouva une syringomyélie; l'atrophie musculaire n'était que le symptôme d'une lésion cavitaire de la moelle dont le diagnostic clinique aurait pu être fait si la recherche de la dissociation syringomyélique n'avait pas été rendue impossible par l'état démentiel du sujet.

Ce cas est intéressant pour deux raisons :

1° Parce qu'il apporte une nouvelle observation de cette association assez rare de la paralysie générale et de la syringomyélie;

2° Parce qu'il montre, en outre, combien il est difficile de poser le diagnostic de syringomyélie, lorsque l'état démentiel du sujet met obstacle à l'examen approfondi de la sensibilité.

SYNDROME CARACTÉRISÉ PAR : UNE IMPOSSIBILITÉ ABSOLUE DE LA DÉGLUTITION; DE L'HÉMIPARALYSIE DU PHARYNX ET DU VOILE DU PALAIS ; DE L'INTÉGRITÉ DES CORDES VOCALES ; UNE HÉMIANESTHÉSIE ALTERNE A TYPE SYRINGOMYÉLIQUE.

par M. E. de Massary
Médecin de l'Hôpital Lariboisière

Les syndromes bulbaires sont toujours intéressants ; ils comportent une précision de localisation qui n'existe pas ailleurs ; ils suscitent des discussions de nature de la lésion, qui varient d'ailleurs suivant les époques ; jadis c'est à peine si l'on pensait à la syphilis, puis la syphilis fut pour ainsi dire le seul facteur invoqué,

et maintenant ne faut-il pas songer à l'encéphalite épidémique ? C'est à ces titres divers, sans parler de l'évolution clinique qui fut intéressante, que les deux observations suivantes méritent d'être exposées.

« M... est un homme d'une quarantaine d'années, bien portant, n'ayant aucun antécédent fâcheux ; il aime la vie et ses plaisirs et se refuse rarement ce qui le tente.

« *Le 5 novembre 1918*, pendant ses occupations, il est pris de vertiges ; on est obligé de le ramener chez lui.

« Le lendemain, je l'examine et je constate, avec surprise, l'existence d'un tabes fruste : inégalité des pupilles, myosis, signe d'Argyll-Robertson, absence des réflexes achilléens et rotuliens, signe de Romberg, je pense alors à des vertiges traduisant des lésions tabétiques de la VIII[e] paire.

« Les jours suivants les vertiges cessent, mais reparaissent le 25 novembre. Le 26, rien.

« *Le 27 novembre*, à 8 h. du matin, se sentant mal à l'aise, M... prend un verre d'eau de Vichy ; la déglutition se fait normalement ; mais le malaise augmente, M... se recouche, il a des sensations bizarres dans son côté gauche ; il veut boire un second verre d'eau de Vichy à 8 h. 3/4 ; rien ne passe, la déglutition est impossible.

« Je le vois à 11 heures.

« M... est anxieux, agité, il cherche dans son lit sans succès une situation de repos ; il ne peut faire aucun mouvement de déglutition ; une salive abondante s'écoule de sa bouche ; sa parole est pâteuse, nasonnée. La bouche s'ouvre facilement, symétriquement, pas de paralysie faciale ; la langue peut se projeter hors des arcades dentaires, mais le voile du palais est déformé, sa moitié droite est paralysée, inerte, sa moitié gauche est, de même que la luette, violemment tirée en haut et à gauche. Ultérieurement un examen par un spécialiste démontrera l'intégrité absolue des deux cordes vocales.

« M... a de plus une sensation particulière, qu'il ne peut définir, dans tout le côté gauche du corps, moins accusée à la face.

« La sensibilité cutanée est très troublée ; M... sent le contact avec assez de précision, mais il ne sent ni la douleur, ni la température ; le contact d'une aiguille est perçue, mais sans douleur ; M... ressent cependant, à l'occasion d'une piqûre, un malaise dans tout le côté gauche, malaise inexprimable, non localisé. Enfin M... est incapable d'apprécier la température d'un corps mis en contact avec ses téguments.

« Ces troubles de la sensibilité affectent tout le côté gauche ; ils sont très nets sur les membres et sur le tronc, moins précis, douteux même sur la face.

« Dans le lit, la motilité paraît normale de deux côtés ; mais la station debout est impossible, M... ne paraît pas renseigné sur la situation de son membre inférieur gauche, et ne peut s'en servir utilement ; ceci ne durera que quelques jours.

« Quant aux troubles de la réflectivité ils sont restés les mêmes : perte de la réflectivité tendineuse ayant révélé le tabes fruste. Le réflexe cutané plantaire est difficile à interroger, les orteils restent immobiles.

« Pendant deux jours la miction fut impossible, il fallut recourir au cathétérisme, mais ce symptôme s'amenda puis disparut complètement.

« Dès le premier jour, le cathétérisme de l'œsophage dut être pratiqué ; matin et soir on nourrit le malade avec du lait, des jaunes d'œufs, de la peptone, du jus de viande.

« Tous les organes étaient normaux ; ni albumine, ni sucre. Le pouls resta régulier (80 pulsations en moyenne).

« Tel fut l'état de M..., état constitué en quelques minutes, sans ictus, dans la matinée du 25 novembre. Il resta semblable, sans modification dans ses symptômes capitaux jusqu'au 8 juillet 1919, c'est-à-dire pendant huit mois.

« Donc impossibilité absolue de la déglutition avec hémiplégie pharyngo-vélo-palatine complète, dénotant une paralysie de la branche interne du spinal.

« Il ne manque que la paralysie de la corde vocale correspondante pour avoir le syndrome d'Avellis.

« A ces troubles paralytiques s'ajoute une hémianesthésie alterne à type syringomyélique.

« Le diagnostic du siège de la lésion s'impose : lésion du noyau du vago-spinal, noyau ambigu, avec atteinte des fibres sensitives croisées de la formation réticulée grise.

« Quelle est la nature de cette lésion ? M... nie tout antécédent syphilitique, il a deux beaux enfants, sa femme n'a pas fait de fausse couche ; la réaction de Bordet-Wassermann recherchée dans le sang est négative. Le liquide céphalo-rachidien ne fut pas analysé, car une ponction lombaire parut dangereuse chez ce bulbaire. Tout ferait donc rejeter la syphilis, si ce n'était la constatation préalable d'un tabes fruste. A vrai dire cette preuve suffit. Un traitement énergique fut donc institué.

« D'abord, injections intra-veineuses de cyanure d'Hg, qu'une stomatite empêcha de continuer ; puis, novarsénobenzol à doses croissantes ; le total de 5 gr. 20 fut ateint en dix injections. Ensuite, on fit des injections intra-musculaires de sels solubles de bi-bromure d'Hg. Enfin, en juin et juillet, on termina par des injections hebdomadaires de 0,05 cg. de calomel.

« En même temps, pendant mai et juin, un traitement électrique fut institué, consistant en courants faradiques faibles sur le voile du palais et dans les muscles du pharynx.

« De novembre à juillet, l'alimentation ne put se faire que par la sonde, l'amaigrissement fut considérable, le poids tomba de 81 kg. à 59 kg.

« Le *6 juillet 1919*, M... est surpris de ne presque plus avoir de salive dans la bouche ; il n'est plus obligé de s'éponger continuellement ; il se demande s'il ne déglutit pas sa salive et, de fait, après essai volontaire, il le croit.

« Le *7 juillet*, il essaye donc de déglutir de l'eau froide, il échoue ; il tente un nouvel essai avec du lait tiède, et cette fois il réussit ; il boit une tasse entière par cuillerées à café.

« Le *9 et le 10 juillet*, même alimentation ; il prenait des doses un peu plus consistantes, des œufs brouillés, par exemple.

« Le *11 juillet*, M... cesse le tubage du matin, la déglutition se fait, sans trop de difficulté, pour la salive, pour les liquides. pour les demi-solides (purées, œufs brouillés, hachis, viande pulpée).

« A partir de cette époque, la déglutition se fit de mieux en mieux ; les tubages furent supprimés. A partir d'août 1919, la déglutition est normale. Cependant, la partie droite du voile du palais reste encore paralysée (1921) et les troubles sensitifs alternes, à type syringomyélique persistent. Les symptômes tabétiques sont stationnaires. L'état général est redevenu superbe, le poids de 82 kg. est rattrapé, toutes les occupations sont reprises.

« 2e *observation*. — X..., docteur en médecine, 45 ans, d'une excellente santé, fait une chute violente par glissade sur le trottoir le *20 février 1919* ; pas de perte de connaissance ; les jours suivants apparaissent des douleurs dans le membre supérieur droit ; par l'interrogatoire, on peut penser à une névralgie du plexus brachial.

« En *mars 1919*, céphalée violente pendant trois semaines.

« En *mai*, douleurs intercostales dans le bras droit ; dans la région cervicale droite ; angoisse, dyspnée, bradycardie (42 pulsations) sous formes de crises, revenant jusqu'à 10 fois par jour. On est obligé de faire des injections de morphine.

« A ce moment, plusieurs médecins consultés pensèrent à la neurasthénie.

« Cet état persista jusqu'en novembre 1920.

« En novembre se produisit un fait nouveau : douleurs vives dans la région occipito-mastoïdienne droite, douleurs fréquentes, paroxystiques.

« Le *2 décembre 1920*, vertige ; quelques heures plus tard, paralysie du voile du palais (moitié droite), toute déglutition devient impossible ; la salivation semble exagérée, surtout à droite paraît-il ; hyperacousie droite, nystagmus de l'œil droit ; ces deux derniers symptômes furent passagers.

« En même temps apparaissent des troubles de la sensibilité dans la moitié gauche du corps, qui semble glacée ; la sensibilité au contact persiste ; abolition des perceptions thermiques et douloureuses.

« La langue est normale ; les cordes vocales, examinées par un spécialiste, sont normales.

« Les yeux sont normaux ; peut-être la pupille droite est-elle un peu contractée, mais elle réagit à la lumière ; le fond de l'œil est normal.

« Les réflexes tendineux sont conservés.

« Cet état persiste 42 jours, pendant lesquels il fallut nourrir le malade par la sonde œsophagienne. Puis, la déglutition redevint progressivement normale ; mais la paralysie du voile du palais persista, de même que les troubles de la sensibilité (hémianesthésie alterne à type syringomyélique).

« Donc, même localisation que dans les cas précédents : lésion du noyau du vago-spinal, noyau ambigu, avec atteinte des fibres sensitives croisées de la formation réticulée grise. Mais cette localisation avait-elle été précédée de lésions plus diffuses de l'axe cérébro-spinal, frappant particulièrement les racines et expliquant les phénomènes douloureux préalables ? C'est possible.

« L'idée la plus rationnelle que l'on pouvait se faire sur la nature de ces lésions était de les attribuer à la syphilis. Aucun antécédent suspect ne peut être trouvé ; pas d'enfant, mais la femme X. ne fit aucune fausse couche. La réaction de Bordet-Wassermann était complètement négative dans le sang. Malgré toutes ces négations, un traitement fut institué : 3 injections intraveineuses de cyanure d'Hg, mal supportées ; 24 injections d'Hectine B ; 12 injections de 0.02 de benzoate d'Hg. Après ce traitement, la déglutition redevint possible.

« A vrai dire, une autre explication pourrait être fournie. S'occupant d'encéphalite léthargique, il travaillait même au début de l'année 1920 dans un laboratoire de bactériologie où il entreprit des recherches sur le cerveau frais d'un malade mort d'encéphalite léthargique. Le contamina-t-il ? On peut se poser la question, sans oublier cependant que les manifestations douloureuses à type radiculaire datent de 1919. De plus, X... n'eut jamais de somnolence, ni myoclonie. Le doute est-il possible ? En tout cas, la question doit être posée.

« Voici donc deux observations d'un syndrome un peu particulier consistant en : impossibilité absolue de la déglutition, pendant huit mois dans un cas, pendant quarante-deux jours dans le second ; hémiparalysie complète du pharynx et du voile du palais, persistante ; intégrité absolue des cordes vocales ; hémianesthésie alterne à type syringomyélique.

Ce syndrome se différencie du syndrome décrit par Anellis en 1891 par l'intensité des troubles de la déglutition, par l'intégrité des cordes vocales, par la constance des troubles dissociés de la sensibilité.

Il est probable que la lésion qui causa ce syndrome fut une lésion du noyau du vago-spinal, noyau ambigu, avec atteinte des fibres sensitives croisées de la formation réticulée grise.

La nature de cette lésion est discutable. Sur les deux malades observés on ne put trouver un accident syphilitique initial ; les réactions de Bordet-Wassermann furent négatives. Le premier malade avait, il est vrai, un tabes fruste, et cela peut suffire ; quant au second, il n'avait aucune tare. Peu de mois avant l'apparition du syndrome il avait étudié, dans des recherches bactériologiques, un cerveau frais d'encéphalite léthargique. Une contamination peut être vraisemblable, et l'encéphalite léthargique semble capable de léser les noyaux bulbaires. Cependant, ce second malade avait eu préalablement des névralgies à type radiculaire ; il faudrait donc admettre qu'il fut une des premières victimes de l'épidémie d'encéphalite et que lorsqu'il fit ses recherches il était déjà contaminé lui-même ; mais alors nous entrons dans l'hypothèse; répétons d'ailleurs qu'il n'eut jamais ni somnolence, ni myoclonie.

Après un traitement antisyphilitique prolongé les troubles de la déglutition guérirent, mais la paralysie pharyngo-vélo-palatine persista, de même que les troubles sensitifs.

ABCÈS CÉRÉBRAL A PNEUMOCOQUES UN AN APRÈS UNE PLEURÉSIE PURULENTE

Par MM.

E. de Massary, *Médecin de l'Hôpital Lariboisière.*

Jean Girard, *Interne des Hôpitaux.*

L'étiologie des abcès encéphaliques est parfois obscure, et s'il est des cas dont la cause est évidente (otite, suppuration de voisinage, pyohémie), il en est de nombreux dont on ne peut découvrir l'origine.

L'affection causale est souvent éteinte, elle a même pu être assez minime pour ne pas frapper l'attention du malade. Cependant, il existe une filiation intéressante à retrouver. Tel est le cas que nous allons relater et qui se rapporte à une affection depuis longtemps guérie quand l'abcès cérébral est survenu.

« V.., âgé de 44 ans, entre le *12 mai 1921*, pour des crises épileptiformes et une diminution de la force et de l'agilité du membre supérieur gauche. Ces crises sont survenues huit jours auparavant : elles apparaissent brusquement, le malade tombe, perd connaissance ; il y a émission involontaire d'urine, mais pas de morsure de la langue. Le malade ne garde pas souvenir de cet accident, V... accuse également une céphalée vague sans localisation précise.

« *Examen.* — Hémiparésie du côté gauche.

« Paralysie faciale inférieure, facial supérieur légèrement atteint.

« Membre supérieur gauche : force très diminuée, le malade peut à peine soulever son bras. Les réflexes sont normaux.

« Membre inférieur gauche : la force et la motilité sont intactes.

« Réflexes tendineux normaux.

« Réflexe des orteils en extension.

» La marche est hésitante, mais sans caractères spéciaux.

« Il existe un léger degré d'obnubilation intellectuelle, le malade faisant preuve d'un optimisme béat et riant facilement.

« La parole est traînante, ânonnante, voisine de celle du P. G.

« Aucun trouble de la sensibilité.

« Aucun trouble des sphincters.

« Pas de signe de réaction méningée.

« Pas de phénomènes généraux.

« La ponction lombaire est pratiquée: pas d'éléments figurés ; hyperalbuminose, 0 gr. 60 par litre.

« L'examen du fond de l'œil montre une légère décoloration atrophique des papilles.

« *16 Mai.* — Le caractère des crises épileptiformes peut être précisé : le début se fait par la main gauche, puis les mouvements convulsifs s'étendent, gagnent le bras gauche entier, la face, le membre inférieur.

« Il y a 3 ou 4 crises par jour.

« Les troubles moteurs s'accentuent, la jambe ne peut plus quitter le plan du lit.

« Les troubles intellectuels s'accusent également : obnubilation, hébétude, euphorie, rire facile, parole de plus en plus traînante et bientôt incompréhensible.

« Température : matin, 37°2 ; soir, 38°.

« *18 Mai.* — Torpeur à peu près complète.

« Hémiplégie nettement constituée.

« Pas de troubles bulbaires.

« Incontinence des sphincters.

« Coma et mort le *21 mai.*

« En résumé, il s'agit d'hémiplégie installée pièce à pièce avec troubles psychiques et épilepsie Bravais-Jacksonienne.

« En présence de cet ensemble de phénomènes, de la réaction dissociée du liquide céphalo-rachidien et du caractère « partiellement positif » de la réaction de Bordet-Wassermann, le diagnostic porté fut celui de syphilis cérébrale (artérite ou gomme) de la région fronto-pariétale droite. Ce diagnostic comportait un traitement qui fut appliqué (cyanure intraveineux).

« *L'autopsie* fut pratiquée le 22 mai. L'hémisphère droit est augmenté de volume, de consistance molle ; les méninges, à cet endroit, sont légèrement dépolies. Après fixation longue au formol, cet hémisphère est coupé par tranches verticales, ce qui permet de constater la présence d'un abcès du lobe pariétal, abcès rempli de pus verdâtre bien lié, constituant une sorte de cavité centrale d'où rayonnent de nombreux prolongements, plus important, va se terminer par des altérations d'ordre hémorragique jusqu'à la partie la plus antérieure du lobe frontal.

« Le lobe occipital seul n'est pas atteint. Quelques petits foyers de ramollissement sont situés çà et là autour de cet abcès.

« L'étude histologique permet de constater qu'il s'agit d'un abcès véritable et non pas d'une gomme ni de tuberculose. Il est limité par une zone où sont développés les éléments fibroblastiques.

« Autour de cette zone, il existe une collerette de vaisseaux congestionnés. Mais l'infiltration leucocytaire dépasse les parois de l'abcès, constituant de petits amas disséminés et parfois des manchons périvasculaires. La recherche des agents micro-

biens permet de trouver des diplocoques prenant le Gramm, assez rares d'ailleurs, dans la paroi de l'abcés.

« Il s'agissait donc d'un abcès à pneumocoques. L'étude des antécédents du malade indique que celui-ci avait été soigné en mai 1920 pour une pleurésie purulente aiguë qui fut opérée et au cours de laquelle il fit une hématurie. Cette dernière manifestation est probablement la preuve d'une scepticémie qui doit être la cause de cet abcès, dont le développement détermina la mort du malade, un an après la guérison des accidents pulmonaires. »

L'intérêt de ces cas nous a incité à recbercher les faits semblables qui pouvaient exister dans la littérature médicale.

La statistique de Pitt, rapportée dans la thèse de Moulonguet (1914) et portant sur 34 cas d'abcès de l'encéphale, en accuse 8 d'origine respiratoire. Pour Meyer, sur 89 abcès cérébraux, 12 ont une origine respiratoire.

Pour Gull, la proportion est de 10 pour 76.

43 observations d'abcès d'origine pulmonaire sont signalées dans la tbése de Conchon :

14 sont dus à la broncbectasie ;
10 à la pneumonie cbronique ;
4 à la gangrène pulmonaire ;
5 à la pneumonie aiguë ;
5 à la tuberculose pulmonaire ;
5 à la pleurésie purulente.

Dans ces dernières années, un cas d'abcès à pneumocoques a été rapporté en 1917, dans la *Pédiatrica Espana*, par Valabrega, et en 1918 dans la littérature médicale française on trouve un cas d'abcès multiples à pneumocoques (Condat) et un cas d'abcès consécutif à une pleurésie purulente, abcès opéré et guéri (Roulland).

L'évolution de ces abcès peut comporter deux modalités qu'il est possible d'opposer l'une à l'autre. Dans le premier cas, l'abcès survient au cours même de l'accident pleuro-pulmonaire; il est accompagné d'autres signes de septicémie; ce n'est, en quelque sorte, qu'un accident banal d'une dissémination du germe pathogène.

Plus rares et plus intéressants sont les cas dans lesquels l'encéphalite suppurée ne donne son premier symptôme qu'après une longue période de latence qui semble nécessaire au développement de l'abcès. Or, dans le cas que nous avons rapporté, un an sépare l'accident pleural de l'abcès. Mayer, dans le *Progrès Médical* de 1880, relate un intervalle de bonne santé de trois ans; trois ans également de latence (1853-1856) sont signalés dans le cas de Gull. Faut-il attribuer, comme cause de cette longue période de silence, le siège profond de l'embolie initiale et surtout la région particulièrement tolérante où elle se fait? Dans le cas que nous avons observé, en effet, le centre de l'abcès, qui est certainement le siège de la lésion primitive, était profondément situé dans la substance blanche, et ce n'est que quand il eut acquis un volume considérable, suffisant pour atteindre le cortex, que les accidents se produisirent.

Signalons également que la plupart des cas sont survenus alors que la pleurésie causale avait été opérée, drainée, c'est-à-dire après la guérison de l'épancbement.

Il suffit de songer à l'existence possible de ces faits pour en établir la filiation et au besoin adopter une thérapeutique appropriée.

DES RELATIONS DE LA MALADIE DE PARKINSON AVEC LE RHUMATISME CHRONIQUE

Par Delahet (de Toulon)
Médecin de 1re classe de la Marine.

En démembrant la maladie de Parkinson et en la réduisant à la notion d'un syndrome caractérisé par sa localisation anatomique mais ressortissant à divers ordres de causes, Souques a grandement aidé à la compréhension de cette affection.

D'après Souques les trois ordres de causes suivants seraient susceptibles de donner naissance à la maladie de Parkinson, à savoir :

1° Les infections et au premier chef l'encéphalite épidémique;

2° L'artériosclérose cérébrale;

3° Les intoxications, en entendant par ce mot les intoxications endogènes, les diathèses et, en particulier, la diathèse arthritique.

C'est en étudiant ce dernier ordre de cause que nous voulons nous rendre compte des relations de la maladie de Parkinson avec le rhumatisme chronique.

Tous les auteurs sont d'accord pour reconnaître avec quelle fréquence les deux affections coïncident. La connexion qui les unit avait même jadis paru telle que Ball avait été jusqu'à décrire une forme rhumatismale de la maladie de Parkinson.

Il n'y a là rien d'étonnant puisque la maladie de Parkinson peut ressortir, dans certains cas, à la diathèse arthritique. Si la même auto-intoxication que celle qui régit le rhumatisme peut la provoquer, la coexistence des deux affections peut, à priori, se prévoir.

En parlant de rhumatisme chronique nous avons en vue le rhumatisme fibreux à type déformant. Dans cette affection une première remarque s'impose : c'est la symétrie des lésions articulaires. Cette symétrie laisse pressentir que le trouble de la nutrition ne porte pas ses effets au hasard sur les articulations mais agit conformément à une diminution de la trophicité nerveuse imputable probablement elle-même à l'altération de certains centres riches en éléments sympathiques. Nous pensons, en effet, qu'une déficience vaso-motrice des vaisseaux nourriciers des articulations est la condition initiale et nécessaire de la fixation élective des toxines résiduelles endogènes. Si donc, pour comprendre la localisation du rhumatisme chronique nous sommes amenés à envisager, en outre d'un trouble du métabolisme, une altération nerveuse centrale, nous sommes très près de concevoir que cette altération nerveuse puisse être également celle qui préside à l'allure clinique de la maladie de Parkinson.

Un rapprochement fera tout de suite comprendre notre pensée. Il nous est fourni par la maladie de Wilson. Que voyons nous dans cette maladie ? Mais précisément un syndrome nerveux conditionné par une intoxication hépatogène. Cette intoxication frappe une région des centres nerveux voisine de celle qui est frappée dans le Parkinsonisme, sinon même confondue avec elle (lésion simultanée du striatum et du pallidum dans la maladie de Wilson, lésion limitée au pallidum dans la maladie de Parkinson). Sans donte une disposition vasculaire spéciale favorise l'imprégnation toxique de ces centres. Quoi qu'il en soit, comme il est avéré qu'il suffit d'une insuffisance hépatique, même minime, pour entraîner la maladie de Wilson, on ne voit pas de difficulté à admettre que, dans une affection de la nutrition telle que le rhumatisme chronique, supposant

elle-même nécessairement une déficience fonctionnelle du foie, on puisse trouver une association de symptômes nerveux, redevables eux aussi de leur apparition à cette déficience hépatique.

Ainsi peut se comprendre la genèse de certains syndromes parkinsoniens et la fréquence de leur association avec le rhumatisme chronique. Il peut y avoir parkinsonisme sans rhumatisme chronique mais, par contre, le rhumatisme chronique qui apparaît généralement pour son propre compte le premier peut se compliquer secondairement d'un syndrome parkinsonien.

A ce point de vue les expériences récentes de Fuchs (Wiener, médizinische Wochenschrift, 16 avril 1921) sont intéressantes. Par des injections de guanidine cet auteur a pu déterminer chez le chat une encéphalite expérimentale. Or, la guanidine, stade intermédiaire de désintégration des protéïques est susceptible d'exister dans l'organisme humain, lorsque le foie ne suffit pas à sa tâche. Elle agit comme un toxique. Le résultat expérimental obtenu par les injections de ce produit est bien fait pour illustrer les rapports pathogéniques qui doivent exister entre le foie et l'encéphale et pour en éclairer la modalité.

Au demeurant, maladie de Parkinson comme maladie de Wilson, seraient la signature nerveuse d'un trouble de la nutrition, comme le rhumatisme chronique en est la signature articulaire.

M. Sicard (de Paris) rapporte deux cas d'association de rhumatisme chronique et de maladie de Parkinson. Il rappelle les analogies cliniques déjà signalées par Brissaud dans les leçons sur la maladie de Parkinson. Il estime que ces rapports sont très nets et rapproche la façon dont ces infections frappent les mêmes segments de membres. Cliniquement, les deux affections se produisent au delà de cinquante ans; il y a des douleurs dans le Parkinson, il y en a dans le rhumatisme; il existe au cours du rhumatisme chronique, des clonies, des troubles du tonus, des troubles vaso-moteurs, un aspect un peu figé, une inversion fréquente du rythme de la température comme dans la maladie de Parkinson. L'évolution est implacable dans les deux cas. Anatomiquement même, il y a des analogies : ce sont peut-être des lésions du mésocéphale, des noyaux gris centraux.

M. Anglade (de Bordeaux) rappelle la parenté pathogénique qu'il soupçonne exister entre la maladie de Parkinson, le rhumatisme chronique et le syndrome pseudo-bulbaire.

M. André-Thomas n'est pas disposé à pénétrer aussi résolument dans cette voie.

MM. Sicard et Claude apportent dans cette discussion quelques faits. M. Claude a vu, dans un cas d'hypertonie intense, un véritable bloquage articulaire. L'élimination de la créatinc était troublée. La sclérodermie présente également une certaine parenté avec les syndromes susnommés.

M. Glorieux, au contraire, n'a vu qu'un très petit nombre de ces associations (3 cas sur 100.)

M. Sicard réplique que les cas typiques sont rares, mais que les symptômes atténués sont fréquents.

M. Barré se rallie à l'opinion opposée; les déformations articulaires lui paraissent plutôt secondaires et l'hypertonie n'est souvent qu'un phénomène périphérique.

M. André-Thomas se range à cet avis.

Enfin, M. Delahet concluant cette discussion, précise qu'il avait surtout en vue les cas de maladie de Parkinson non consécutifs à l'encéphalite épidémique. Et M. Meige, remerciant les orateurs, fait remarquer que cette association semble exister chez les vieux sujets. Actuellement, du fait de l'encéphalite, les observations portent sur des sujets plus jeunes, ayant moins de tendances à avoir du rhumatisme. Peut-être est-là la cause des divergences d'opinion.

AGITATION ET RIGIDITÉ MUSCULAIRES

Contribution anatomo-clinique.

par le docteur Anglade (de Bordeaux)

A notre Congrès de Nantes (1909), à propos du rapport de Sainton sur les chorées chroniques, j'ai soutenu pièces en main, que les mouvements choréïques devaient être imputés à une lésion des noyaux gris (1). J'avais d'ailleurs présenté cette opinion, auparavant, en termes formels à la Société de médecine de Bordeaux le 12 janvier 1906 (2).

Ma voix n'a pas porté jusqu'à MM. Pierre Marie et L'Hermitte qui, dans leur mémoire de 1914 (3), n'ont pas mentionné mon intervention. Je m'étais pourtant rapproché de M. L'Hermitte jusqu'à faire à la Salpétrière même, le diagnostic de chorée de Huntington sur un noyau lenticulaire que mon collègue avait bien voulu me montrer, traité d'ailleurs par une méthode de coloration névroglique qui m'est très familière.

Par contre, il a suffi à Kölpin et Alzheimer de répéter (1911) ce que j'avais dit en 1906 et en 1909 pour être considérés par MM. Pierre Marie et L'Hermitte comme ayant les premiers « soupçonné l'importance pathogénique des noyaux « gris dans la chorée chronique de Huntington (4) ».

C'était, il est vrai, avant la guerre. Peut-être renoncerons-nous désormais à l'habitude de nous dénigrer ou de nous ignorer entre Français. Dans le cas particulier, le résultat est que deux médecins allemands, dont je ne conteste d'ailleurs pas la valeur, se voient attribuer, sans raison légitime, à notre instigation, par les neurologistes de tous les pays (voir notamment A. Ziveri : *Contributo anatomico per la corea de Huntington. Rivista di patologia nervose e mentale*, septembre 1918, page 217), la priorité d'une remarque et d'une interprétation anatomo-cliniques bien françaises, importantes et dûment enregistrées dans les bulletins de nos sociétés et les comptes rendus de nos Congrès.

Le Congrès de Luxembourg était tout désigné pour recevoir cette rectification que je complèterai devant la Société de neurologie de Paris.

Il y a bien longtemps que j'examine des noyaux gris. J'en ai collectionné un grand nombre, ce qui m'a, du reste, permis de remarquer leur aspect particulier dans la chorée et me fera pardonner de parler d'eux encore aujourd'hui. Aussi bien la question est on ne peut plus à l'ordre du jour.

---

(1) Comptee rendue du Congrée des Aliénietes et Neurologietee. Nantee 1919, page 263.

(2) *Bulletin et Mémoires* de la Société de Médecine et de Chirurgie de Bordeaux, année 1906 : Autopsie de chorée chronique de Huntington. Préeentation de piècee de préparations microscopiques, page 26.

(3) Pierre Marie et L'Hermitte. — Lee lésione de la chorée chronique progressive. *Annales de médecine* 1914, nº 1.

(4) Pierre Marie et L'Hermitte. — *Loo. cit.*, page 27.

Nous en sommes à faire dépendre d'une lésion des noyaux gris non seulement les mouvements choréïques mais encore les rigidités musculaires en général et les syndromes parkinsonniens en particulier.

Pour la chorée, la preuve est faite. Il n'y a plus qu'à préciser les caractères, la répartition des lésions dans les noyaux gris centraux. La couche optique est assurément moins atteinte que le corps strié.

Dans le corps strié le noyaux caudé est constamment le siège d'une atrophie très accusée. Le noyau lenticulaire, et le noyau lenticulaire tout entier, j'insiste sur ce point, est envahi par un processus de sclérose névroglique qui étouffe les éléments cellulaires dégénérés ou absents.

Il s'agit d'une sorte de sclérose en plaques ou d'une sclérose miliaire très spéciale reconnaissable à la loupe sur mes préparations. Souvent, mais non toujours, les plaques sont organisées autour de vaisseaux. Elles sont plus nombreuses dans le noyau caudé et le putamen, mais on les trouve aussi dans le *globus pallidus*. C'est un fait contre lequel les notions embryologiques ne sauraient prévaloir.

Du noyau lenticulaire et du noyau caudé partent des tractus névrogliques qui s'infiltrent entre les faisceaux de la capsule interne. Je suis tenté de croire que cette infiltration exerce sur les fibres capsulaires de projection une action irritative qui n'est pas étrangère à la réalisation des mouvements choréïques.

Au même degré que le putamen, le noyau amygdalien présente des lésions de sclérose : on peut le vérifier sur mes préparations. Il n'est pas à ma connaissance que cette participation ait été signalée. Elle n'a rien que de très naturel car le noyau amygdalien se rattache anatomiquement au noyau lenticulaire. Il en est le prolongement et sa constitution histologique est identique.

J'ai vérifié l'état du locus niger dans un seul cas de chorée chronique. On remarquera, sur les coupes, la raréfaction des cellules mélaniques, l'absence totale de grains chromatiques sur celles qui ont survécu, la présence d'une sclérose névroglique dense.

J'insiste encore une fois sur la constance des lésions épendymaires. La paroi de l'épendyme ventriculaire est épaissie considérablement, par plaques. En certains points l'épithélium a proliféré; sur de grandes étendues il est tombé. Entre autres choses cette épendymite scléreuse signifie que tout le système névroglique aussi bien encéphalique que médiocéphalique est en hyperplasie. J'ai déjà dit, et je crois de plus en plus, que la chorée chronique de Huntington est une sclérose névroglique d'origine familiale qui se développe progressivement au niveau de l'épendyme et de la substance grise corticale et centrale.

La sclérose corticale explique la démence, la sclérose centrale les mouvements choréïques.

Elle paraît respecter le cervelet, la protubérance, la bulbe, la moelle. Du moins l'hyperplasie névroglique qu'on y observe est légère. Le cortex cérébelleux, les masses grises protubérantielles bulbaires et médullaires ne sont pas le siège d'une atrophie importante.

***

J'arrive à la rigidité musculaire. Elle paraît provenir d'après les travaux de K. Wilson, de M. et Mme Vogt de Ramsay Hunt, d'une lésion du corps strié plus particulièrement du système pallidal.

Les recherches et les discussions de ces temps derniers sur les syndromes parkinsonniens, essentiels ou symptomatiques, semblent aboutir au même résultat. Le corps strié et le locus niger se disputant la maladie de Parkinson et les

rigidités musculaires, la discussion n'est pas close et il est encore temps de verser des documents aux débats.

Il ne peut y avoir que des avantages à se maintenir strictement sur le terrain anatomo-clinique, à observer attentivement et rigoureusement les faits sans se laisser aller à des interprétations hâtives.

Or, que disent les faits? D'abord que la rigidité musculaire est un syndrome susceptible de se rencontrer dans les circonstances les plus diverses et, notamment, à titre prédominant et primitif, dans la maladie de Parkinson, dans les états complexes de la série pseudo-bulbaire, dans l'encéphalite épidémique. Nous ne retiendrons que les cas dans lesquels à la rigidité, avec ou sans tremblement, ne s'associe pas la paralysie.

L'anatomie pathologique dit en outre que, dans le corps strié, plus spécialement dans le globus pallidus, que dans le locus des sujets, ayant présenté de leur vivant, de la rigidité musculaire, il y a des lésions. A mon avis, on peut dire de ces lésions qu'elles sont constantes à la condition de les avoir recherchées avec le microscope car elles sont de deux ordres : laminaires, c'est-à-dire visibles à l'œil nu, scléreuses et décelables alors seulement par l'examen histologique. Avant d'affirmer qu'il y a lésion, il faut, selon moi, s'assurer qu'il y a prolifération névroglique. Que celle-ci soit primitive ou secondaire, elle ne manque jamais dans les foyers de destruction cérébrale tant soit peu anciens. A tenir compte d'une simple altération des cellules nerveuses on risque de commettre des erreurs même avec des techniques irréprochables.

Mais l'anatomie pathologique dit aussi que le corps strié et le locus niger peuvent présenter des lésions profondes : vastes lacunes, grands foyers hémorrhagiques, etc., sans que la clinique ait relevé des symptômes de rigidité musculaire. C'est un fait. Il oblige à se demander si la destruction du corps strié, nécessaire peut-être, est suffisante pour provoquer le syndrome parkinsonien.

Pour la chorée, on pourrait dire, à la rigueur, que la lésion du corps strié y est autant irritative que destructive. Mais restent les lacunes, si fréquentes dans toutes les portions des noyaux gris chez les pseudo-bulbaires qui n'ont pas tous, même avec de gros trous dans le pallidus et une destruction quasi-totale du locus niger, de la rigidité musculaire.

J'ai cherché ailleurs le complément de lésion que le raisonnement réclame.

Je ne parlerai pas du manteau cérébral qui n'est jamais indemne et qui doit certainement jouer son rôle dans le tonus musculaire. Je veux seulement rapporter ici les constatations que j'ai faites en aval du cerveau moyen, notamment dans le pédoncule cérébral, dans les pédoncules cérébelleux, le cervelet, la protubérance, le bulbe et la moelle de parkinsoniens purs, de parkinsoniens encéphalitiques, de pseudo-bulbaires à rigidité musculaire très accusée.

J'énumérerai ce que j'ai vu et ce que je mets sous les yeux, ne pouvant ici le décrire en détail.

Dans le pédoncule cérébral, le noyau rouge est sclérosé presque au même degré que le locus niger.

Le pédoncule cérébelleux supérieur présente des zones de sclérose dont l'importance est conditionnée par l'étendue de la lésion cérébelleuse.

Cette lésion cérébelleuse ne manque jamais. Je suis surpris qu'elle n'ait pas retenu l'attention des observateurs car il s'agit assez souvent de formations lacunaires aisément reconnaissables. Par contre, le mode de destruction que je mets sous les yeux de mes collègues aurait pu échapper sur la table d'autopsie, mais il est très visible sur les coupes colorées. Ce sont des plaques de gliose situées dans le centre ovale, sur les noyaux gris; elles forment des encoches dans la couche moléculaire des folioles. Au total, ces plaques disséminées réalisent un important déficit cérébelleux qui devrait se manifester cliniquement.

Or la rigidité musculaire du syndrome parkinsonien est aussi éloignée que possible de l'hypotonie musculaire du syndrome cérébelleux.

Tinel a été même frappé de l'opposition qui existe cliniquement entre ces deux syndromes : conservation des mouvements automatiques et rapides, stabilité, lenteur rigide dans l'action musculaire, énergie plus grande dans la régulation des muscles antagonistes et de la fonction d'arrêt, tremblement statique à petites oscillations se produisant au repos, cessant dans le mouvement chez le parkinsonien. Désordre des mouvements automatiques et rapides, imprécision, dysymétrie, impuissance de la fonction d'arrêt et de coordination, tremblement intentionnel à grandes oscillations, chez le cérébelleux (1).

A vrai dire, l'opposition n'est peut-être pas aussi flagrante ni aussi complète. En y regardant de près, on trouverait chez le parkinsonien quelques éléments de syndrome cérébelleux, mais supposons qu'il n'en existe aucun. La lésion cérébelleuse n'en est pas moins une réalité. Et, au lieu de produire, selon la règle, de l'hypotonie, elle coïncide avec de la rigidité musculaire. Il faut accepter le fait anatomo-clinique tel qu'il est et, au lieu de négliger le cervelet des Parkinsoniens, l'étudier au contraire plus attentivement. Son rôle dans la régulation du tonus musculaire n'est pas contestable. Peut-être sa lésion est-elle capable de l'augmenter aussi bien que de l'abaisser lorsque certaines conditions de localisation ou d'association destructive se trouvent réalisées.

Dans la protubérance, les masses grises dans lesquelles se trouvent logées les cellules frontales atteignent un degré de sclérose avancé. On connaît, d'une part, la fréquence de la localisation du processus d'encéphalite épidémique dans le pont de Varole et, d'autre part, la multitude des cas de parkinsonisme encéphalitique qui ont été publiés.

Dans le bulbe, les masses grises prépyramidales sont très réduites.

Dans la moelle, les cornes grises antérieures sont le siège d'un processus de sclérose névroglique très manifeste.

Je ne veux tirer de ces faits aucune autre conclusion que celles-ci :

1° Une lésion du corps strié n'apparaît pas comme suffisante pour expliquer la rigidité musculaire du type parkinsonien;

2° A cette lésion se trouvent associées, dans les cas les plus typiques, d'autres destructions qui portent notamment sur le système ponto-cérébelleux et cérébello-rubro-spinal;

3° La régulation du tonus musculaire est une fonction complexe à laquelle collaborent sans doute plusieurs centres éloignés les uns des autres et dont la solidarité peut être rompue diversement.

LA FORMATION DE L'ILE DE REIL

par M. E. Landau (de Berne)

Le problème de la formation de l'île de Reil, soit chez les primates, soit chez l'homme, a une grande importance non seulement au point de vue des recherches anatomiques sur le cerveau, mais aussi de la progonotaxie de l'homme.

Comme des coupes faites à travers le cerveau, correspondent du côté de l'île vers l'intérieur à « l'avant-mur », Holl, R. Anthony et quelques autres sup-

(1) Tinel. — Société de Neurologie, 1er juillet 1920.

posèrent que, dans le cerveau animal, toute écorce, qui possède par dedans l'avant-mur, correspond à l'écorce de l'île humaine.

Comme nous avons pu le démontrer à Zurich, au Congrès neurologique suisse, en nous basant sur une série de préparations, Wernicke et Brodmann sont dans l'erreur en disant que l'avant-mur est une couche fendue de la partie antérieure de l'écorce de l'île. Nous pouvions alors aussi démontrer l'indépendance du Claustrum d'avec l'écorce de l'île, car d'une part, nous pouvions confirmer sur des coupes de cerveaux de singe, les remarques faites par Holl sur des cerveaux de fauves, c'est-à-dire que l'avant-mur, sans rapport avec la fissure rhinique qui forme pourtant la limite entre le rhinencéphale et le manteau cérébral, descend très profondément dans le rhinencéphale; d'autre part, nous pouvions montrer sur une série de coupes frontales et horizontales à travers un cerveau humain que l'avant-mur n'est bien développé que dans les deux tiers supérieurs de l'île, tandis qu'il manque quelquefois complètement dans le tiers inférieur.

Quelle que soit l'interprétation des limites de l'île, nous sommes redevables à Holl, Elliot Smith, Anthony et leurs disciples de cette chose précieuse qu'est la théorie de la formation de l'île par un renfoncement dans la profondeur d'une partie du cerveau, lequel est encore superficiel dans une famille de carnassiers (renards, loups, lions), tandis que dans une autre famille de la même classe (putois, ours), l'enfoncement se montre déjà.

Et maintenant, comment interpréter ce phénomène au point de vue du développement mécanique ?

L'explication que l'on reçoit habituellement des spécialistes est la suivante : le cerveau animal se développe et tend à des formes plus compliquées; l'écorce cérébrale croît aussi dans toutes ses parties, sauf une, c'est celle qui s'appuie aux ganglions; elle est retenue par ceux-ci de sorte qu'elle est envahie par les parties qui l'entourent, et est bientôt complètement recouverte.

Cette explication ne nous semble pas non plus suffisante, car si nous examinons de grands cerveaux, riches en circonvolutions, ceux des cétacés et des éléphants, nous y trouvons aussi une écorce cérébrale touchant les ganglions basaux, et pourtant elle est libre, n'est pas envahie par les parties environnantes, n'est pas operculée, et il ne se forme pas d'île de Reil.

Nous ne croyons pas que l'operculisation de l'île est produite par le fort développement de l'écorce cérébrale autour des parties de l'île, tandis que l'écorce de l'île reste dans un état primitif, car la fissure sylvienne est tout comme la fissure calcarine un pli du manteau cérébral.

Mais la preuve principale de la formation de l'île par un procédé général de développement mécanique, *nous entendons la flexion de tout le cerveau antérieur*, et non pas par une croissance plus forte des parties de l'écorce entourant l'île, nous la voyons dans celle, que ce n'est pas seulement la surface médiane et latérale du cerveau qui prend part à cette flexion, mais aussi les parties correspondantes du rhinencéphale.

Ainsi notre opinion est conforme à celle de Jakob en tant, qu'il considère la formation de l'île comme suite d'un fléchissement, mais pas seulement du manteau cérébral comme Jakob le croit, mais aussi du rhinencéphale. En résumé nous pourrions dire, que nous ajoutons aux flexions du cerveau de l'embryon déjà décrites (flexions de la tête, du pont et de la nuque), une flexion du cerveau antérieur dont les étapes peuvent être démontrées par l'anatomie comparée du développement progressif de l'île.

En raison de l'examen fait par nous, des cerveaux de rongeurs, de cétacés, d'ongulés, de carnassiers, de singes et d'homme, nous avons acquis la conviction qu'il serait possible d'établir, au sujet de la formation de l'île, une ascendance

qui prendrait son point de départ dans le cerveau de carnassiers pour se continuer à travers les différentes espèces de singes et trouver son plus haut point chez l'homme, tandis que les autres classes d'animaux, rongeurs et ongulés par exemple, se trouveraient hors de cette ligne d'ascendance.

MANŒUVRE DE LA JAMBE ET PHÉNOMÈNE DES ORTEILS

par J.-A. Barré (de Strasbourg) et Georges-A. Shepherd (d'Aberdeen).

Travail de la clinique neurologique de la Faculté de Médecine de Strasbourg

1° La manœuvre de la jambe et le phénomène des orteils qui sont à des degrés un peu différents des signes très fréquemment observés chez les sujets atteints de paralysie organique coïncident habituellement, mais peuvent exister indépendamment l'un de l'autre.

2° La coexistence des deux signes et leur existence isolée mérite, à notre sens, un égal intérêt.

La manœuvre de la jambe est un signe direct de paralysie; le phénomène des orteils spécifie plutôt la nature irritative de la lésion ou du trouble pyramidal.

3° Il nous paraît légitime et utile de distinguer dans la « série pyramidale » :

a) Des *signes de déficit pyramidal*, dont la manœuvre de la jambe est jusqu'à maintenant le signe le plus sensible et le plus constant.

b) Des *signes d'irritation pyramidale*, dont le phénomène des orteils semble être une des manifestations les plus habituelles.

Ces deux syndromes, en rapport, le premier avec une lésion destructive, le second avec une lésion irritative existent isolément ou s'associent; quand ils coexistent, le *syndrome pyramidal mixte ou complet se trouve constitué.*

4° Dans un certain nombre de cas qualifiés d'hémiplégie, de paraplégie, et de monoplégie, l'absence d'examen méthodique de la force musculaire porte à qualifier de paralysie un état pathologique où il n'y a aucun déficit réel de la force; et de même à étiqueter hystérique ou pithiatique, une hémiplégie qui ne s'accompagne ni d'exagération des réflexes tendineux, ni des réflexes de défense, ni du phénomène des orteils.

L'emploi systématique et correct de la manœuvre de la jambe permet d'éviter ces deux types d'erreur.

La confiance que nous paraît mériter cette manœuvre de la jambe n'atteint en rien la valeur que nous devons reconnaître aux signes classiques de lésion pyramidale, et, en particulier, au phénomène des orteils.

L'OCULO-COMPRESSEUR « A RESSORTS »

par J.-A. Barré (de Strasbourg).

L'auteur présente un petit appareil très simple adapté à la recherche du réflexe oculo-cardiaque.

Il se compose d'un petit compas dont les deux branches s'élargissent à leur extrémité libre en une petite surface ronde percée d'un trou. Sur ces petites

surfaces peuvent s'adapter en un tour de main une série de ressorts de force différentes (300, 400, etc... jusqu'à 800 grammes); chacun d'eux porte une cupule qu'on appliquera sur le globe oculaire au moment de la recherche du R. O. C.; sur la convexité de la cupule est fixée une tige terminée par une pointe; les ressorts étant d'abord fixés sur le compas, et appliqués ensuite sur les globes, la pression faite sur l'extrémité du compas aplatit le ressort, la pointe monte vers la pulpe du doigt, et pique légèrement cette pulpe au moment exact où l'on a exercé la pression particulière des ressorts employés.

La manœuvre peut être faite avec une grande rapidité; la pression est connue; elle peut être facilement maintenue sans changement pendant toute la durée de l'observation.

Grâce à cet appareil simple, de faible poids, et de volume très réduit, on peut étudier et sans grande possibilité d'erreur le temps perdu du réflexe, son seuil d'excitation (le chiffre de la compression utile) et reproduire l'expérience dans des conditions comparables.

Pour simplifier encore, on peut même se servir des ressorts non *montés* sur le compas.

NOUVELLES RECHERCHES SUR LE RÉFLEXE OCULO-CARDIAQUE NORMAL

par J.-A. Barré et L. Crusem (de Strasbourg).

Après avoir montré dans un travail antérieur l'utilité qu'il y aurait à poursuivre l'étude du R. O. C. avec plus de méthode qu'on ne l'avait fait jusqu'à ce moment, à se servir d'un appareil bien adapté et d'une technique rigoureuse, les auteurs ont poursuivi leurs recherches sur le R. O. C. de l'homme normal et en apportent les premiers résultats :

1o Bien que la douleur accompagne généralement le ralentissement du pouls obtenu par compression oculaire, le R. O. C. *n'est pas un réflexe à la douleur consciente*.

L'abolition simultanée du R. O. C. et de la douleur chez le tabétique tient probablement à ce que les fibres de la sensibilité profonde de l'œil sont altérées.

2o *Le seuil numérique du* R. O. C. *normal* est à leurs yeux supérieur à celui qu'on accepte en général. On peut observer chez l'homme normal, non soumis à la compression oculaire, des variations du pouls qui atteignent 12-14 *pulsations par minute*.

C'est seulement quand ce ralentissement dépassera ce nombre, c'est-à-dire à partir de 16 pulsations, qu'on sera en droit de parler de R. O. R. *vrai*.

La limite maximum du R. O. C. de l'homme normal, est difficile à préciser; ils ont observé chez l'homme normal un ralentissement de 30 et même de 40 pulsations.

C'est logiquement au-dessus de ces chiffres, sans que pour le moment on puisse préciser plus, qu'on est en droit de parler de R. O. C. *exagéré*.

3o Le *seuil d'excitation du réflexe* oculo-cardiaque *normal*, c'est-à-dire de la compression qu'il faut employer pour le produire, est variable; chez sept sujets, elle oscillait entre 5 ou 600 g. (5 cas) et 800 g. (2 cas);

Une fois le seuil atteint, le R. O. C. se traduit ordinairement par un *brusque ralentissement*.

4o Le *temps perdu du* R. O. C. *normal* est très variable; il varie entre 7 et plus de 130 cinquièmes de seconde.

En général plus le temps perdu est court et plus le ralentissement est intense.

5° *Le* R. O. C. *normal présente différentes formes* :

a) Forme lente et progressive;

b) Forme constituée par une première phase où le pouls garde ses caractères d'avant la compression, par une deuxième phase de chute avec grandes oscillations, et une troisième enfin de ralentissement stable;

c) Forme précédente sans la seconde phase (de grandes oscillations).

6° *La voie centripète* ne leur paraît pas être constituée par les fibres somatiques du trijumeau, mais par les nerfs ciliaires sympathiques du globe oculaire. La *voie centrifuge* leur paraît être purement vagale.

A leurs yeux le R. O. C. n'est pas un réflexe trigémino-sympathico-vagal, mais un réflexe *sympathico-vagal.*

Ils croient que le R. O. C., réflexe de ralentissement du pouls, n'a que deux types : il existe ou il n'existe pas; ils ne considèrent pas le R. O. C. inversé comme un vrai réflexe oculo-cardiaque.

De toutes ces conclusions auxquelles ils ont dû donner une forme très concise, les unes sont basées presque uniquement sur des faits d'observations et ils les croient valables; pour ce qui est des dernières où les idées dépassent de beaucoup les faits, ils ne les présentent que pour susciter des critiques utiles.

M. Sicard (de Paris) estime que le trijumeau doit être la voie centripète, car, au cours d'interventions, il a constaté la chute du pouls avant section nerveuse. Après section, il n'y avait plus de modifications.

M. Barré accepte cette façon de voir : il considère le trijumeau comme une voie d'emprunt.

M. Laignel-Lavastine estime qu'il y a là aussi une section des filets sympathiques passant par le trijumeau. La maladie dissèque mieux que le bistouri du chirurgien, et il cite un cas donnant raison à la théorie de l'auteur de la communication.

RÉSULTAT DE LA RADIOTHÉRAPIE DANS VINGT CAS DE RADICULITE ET EN PARTICULIER DANS LA SCIATIQUE PAR ARTHRITE LOMBO-SACRÉ

par J.-A. Barré et Gunsett (de Strasbourg).

Les auteurs arrivent aux conclusions suivantes :

1° Les malades atteints de radiculite que nous avons soumis exclusivement à la radiothérapie ont presque tous bénéficié de ce traitement : 12 sur 20 ont été guéris et 5 ont été améliorés; 3 seulement n'ont éprouvé aucun soulagement;

2° Les formes qui paraissent le plus sensible à l'heureuse action des rayons X sont celles dont la douleur est le signe dominant; presque jamais il n'existait d'amyotrophie ou de modification des réflexes tendineux chez nos malades, la paralysie du sciatique poplité externe observée une fois disparut pendant le traitement. Les radiculites d'origine méningée (par méningite spécifique, par exemple) ne paraissent pas être nettement influencées par la radiothérapie. Dans le cas, où à des douleurs radiculaires discrètes s'associent des troubles pyramidaux, l'action des rayons est généralement nulle.

3° L'ancienneté des douleurs radiculaires ne diminue pas très notablement les chances de succès de la radiothérapie, si nous en jugeons d'après les exemples observés jusqu'à ce jour. Les douleurs récentes paraissent cependant y être plus sensibles.

4° A l'ordinaire, les petites doses de 3 H (rayons filtrés à travers 4mm d'aluminium) répétées tous les huit jours suffisent pour amener la guérison.

5° Certains cas ne montrent aucune amélioration à la suite de ce traitement sans qu'on puisse s'en expliquer la raison ; peut-être arriverait-on à les influencer en employant des doses massives de 10 H par exemple.

MM. Chiray et Crouzon (de Paris) sont du même avis ; il arrive qu'après la deuxième séance, cependant, il y ait une exacerbation des douleurs.

M. Laignel-Lavastine (de Paris) fait remarquer que ce traitement n'est pas tombé en désuétude et qu'il est encore très employé actuellement, mais il préfère l'emploi de une unité H chaque semaine plutôt que trois ou quatre à de plus longs intervalles.

TRAITEMENT DE L'HÉMIPLÉGIE CÉRÉBRALE TRAUMATIQUE PAR LE COURANT GALVANIQUE AVEC IONISATION DE CHLORURE DE CALCIUM

par MM. M. Chiray et G. Bourguignon (de Paris).

En pratiquant l'ionisation de chlorure de calcium au niveau des blessures cranio-cérébrales ayant entraîné une hémiplégie, les auteurs ont obtenu, dans huit cas, une amélioration incontestable.

Celle-ci porte :

1° *Sur les séquelles cérébrales* (vertiges, céphalée, insomnie), toutes améliorées.

2° *Sur les troubles moteurs* (augmentation brusque ou progressive de l'amplitude et de la force motrice, diminution des phénomènes de spasmodicité, pas de modification du signe de Babinski).

3° *Pas d'action sur les troubles sensitifs.*

L'amélioration apparaît de 8 à 30 jours après le début du traitement. Elle s'affirme pendant 2 à 3 mois, puis le malade arrive à un état stationnaire comme si on avait atteint un minimum irréductible.

L'UTILISATION DU CINÉMATOGRAPHE DANS L'ENSEIGNEMENT NEUROLOGIQUE

par M. Long (de Genève).

En projetant sur l'écran une série de films préparés par M. Comandon, de Paris (athéthose, maladie de Thomsen, atrophie Charcot-Marie, syndrome pallidal, achondroplasie, etc.).

M. Long montre les services que peut rendre le cinématographe dans l'enseignement pratique de la neurologie, soit pour la comparaison des divers types cliniques, soit pour la démonstration des cas rares.

LA RÉACTIVITÉ LOCALE DU MUSCLE PILO-MOTEUR PRIVÉ DE SON INNERVATION. ANTAGONISME ENTRE LA RÉACTION LOCALE ET LE RÉFLEXE

Par M. André-Thomas (de Paris).

On ne peut établir aucun parallélisme entre la réaction locale par excitation directe du muscle chez le sujet normal, et le réflexe pilomoteur par excitation à distance.

Après section du nerf, le réflexe disparaît, mais la réaction locale subsiste (Trotter et Davies). Elle peut même devenir plus vive, comme l'a vu l'auteur dans un cas de section du petit sciatique ; le film qu'il projette et qui a été pris six mois après l'intervention, est des plus démonstratifs. Le réflexe pilomoteur par excitation de la nuque ou de la région sous-axillaire fait défaut dans le territoire du rameau cutané postérieur. Au contraire, si l'on passe la main ou l'ongle sur la face postérieure de la cuisse, le territoire de ce nerf réagit seul, tandis que les zones voisines ou la zone homologue du côté sain ne réagissent pas.

Une telle suractivité ne s'observe pas toujours, et surtout au même degré après la section d'un nerf. Divers facteurs interviennent, parmi lesquels, le temps écoulé depuis la section, l'individualité, la topographie de la zone observée (dans le cas présent, son exposition aux pressions), certaines intoxications (éthylisme), etc.

ÉTUDE CINÉMATOGRAPHIQUE DES RÉFLEXES DU SYSTÈME MUSCULAIRE LISSE DE LA PEAU

Par MM. André-Thomas et Comandon (de Paris).

Ces réflexes comprennent le réflexe pilomoteur, le réflexe mamillo-aréolaire, le réflexe scrotal.

Sont étudiés successivement : quelques procédés employés pour provoquer les *réflexes pilomoteurs* : chatouillement de la région sous-axillaire, pétrissage du trapèze, excitation de la nuque ; le réflexe unilatéral par excitation unilatérale, le réflexe bilatéral par excitation bilatérale sur les différentes parties du corps, puis la réaction *mamillo-aréolaire* par excitation à distance et par excitation locale, et enfin le réflexe *scrotal*. Dans un cas de section du petit sciatique, le réflexe manque dans le territoire du nerf, la réaction locale persiste.

ÉTUDE CINÉMATOGRAPHIQUE DES TROUBLES CÉRÉBELLEUX

Par M. André-Thomas (de Paris).

M. André-Thomas présente un film des troubles cérébelleux observés chez les blessés de guerre et chez un malade vraisemblablement atteint de sclérose en plaques.

Ces troubles ont été décrits pour la plupart dans l'ouvrage qu'il a consacré aux blessures du cervelet (1918). Ils sont de deux ordres, ils affectent les mouvements passifs et les mouvements actifs.

Une série d'épreuves montre l'exagération d'amplitude des mouvements communiqués ou passivité, du même côté que la lésion, et que les troubles des mouvements actifs. Ces désordres sont généralement moins connus que les autres symptômes. La passivité et la diminution de résistance des muscles antagonistes ont été étudiés pour les muscles de la tête, du tronc, des membres. Ils prédominent au membre supérieur, au tronc, au membre inférieur, ou dans telle ou telle direction, suivant le siège de la lésion. La main malade, ballotte davantage quand elle est agitée ; le membre supérieur se balance exagérément quand le tronc est secoué. Les réflexes olécraniens et patellaires prennent le *type pendulaire*. A l'adiadococinésie dans les mouvement actifs correspond une *hyperdiadococinésie passive*. La résistance est moins grande, la chute plus facile suivant que la rotation du tronc a lieu dans tel ou tel sens. Lorsque ces troubles sont très marqués, par exemple lorsque le membre supérieur oscille largement, le malade ne peut s'opposer complètement au balancement, même en déployant les plus grands efforts, la correction est insuffisante.

Les troubles des mouvements actifs les plus connus, comprennent la *dysmétrie*, étudiée dans diverses épreuves (préhensiou, renversement de la main, flexion de la cuisse, projection du doigt sur le nez), le phénomène du *ressaut*, la *discontinuité* du mouvement, l'adiadococinésie, l'astasie, les troubles de l'équilibre, le nystagmus, la déviation de l'index, les désordres de la marche (debout, quatre pattes).

Dans deux cas, la blessure n'avait atteiut que le lobe latéral, et les symptômes n'occupaient que les membres du même côté, les troubles de l'équilibre du corps faisaient défaut. Chez l'un d'eux, la prédominance des symptômes au membre supérieur est très nette.

Dans un autre cas, la blessure du lobe latéral gauche avait empiété sur le vermis, l'équilibre était troublé de même que les mouvements de la tête et du tronc. De même que la passivité, les désordres des mouvements actifs prédominent dans telle articulation et dans telle direction.

Dans un cas de sclérose en plaques, tous les mouvements des membres sont bien exécutés, la passivité y fait défaut, au contraire, l'équilibre est profondément atteint. La maladie s'est localisée au début sur le système vermien. Depuis que le film a été tourné, les désordres cérébelleux se sont étendus aux membres supérieurs.

La distribution des symptômes, variables avec le siège de la blessure ou de la lésion, est favorable à l'hypothèse des localisations cérébelleuses.

CHRONIQUE DU CONGRÈS

I. — Assemblée générale du Congrès de Luxembourg.

Le Congrès s'est réuni en Assemblée générale, dans la salle de l'Athénée, à Luxembourg, le vendredi 5 août 1921, à 9 heures du matin, sous la présidence de MM. Buffet et Meige, présidents de la session, assistés des secrétaires généraux et des membres du Comité permanent.

M. Meige, après avoir ouvert la séance, donne d'abord lecture du vœu que M. Chavigny avait été chargé de rédiger à la suite de son intervention au cours de la discussion du rapport de M. Porot. Après un rapide échange de vues entre M. Briand, M. Meige, M. Hesnard et M. Chavigny, le texte suivant est arrêté et voté à l'unanimité :

« Le xxv[e] Congrès des Aliénistes et Neurologistes de France et des pays de langue française, réuni à Luxembourg, ayant entendu le rapport de médecine légale sur *les maladies mentales simulées*,

Prenant acte des efforts en voie de réalisation pour doter l'armée de terre et de mer de services de neuro-psychiatrie,

Considérant qu'il est indispensable pour l'observation continue des neuro-psychopathes que le personnel subalterne (infirmier) de ces services soit un personnel *stable*, par conséquent exercé, spécialisé, stabilisation, spécialisation tout aussi importantes que dans un service de chirurgie,

Considérant les bons résultats obtenus dans cet ordre d'idées dans le service pénitentiaire, en Belgique, au moyen d'une organisation *rationnelle* et *complète*.

Emet le Vœu :

Que dans les services de neuro-psychiatrie militaires, le personnel subalterne (infirmier) soit un personnel *spécialisé*, soigneusement *choisi*, et surtout *stabilisé*. »

M. Lalanne, secrétaire général du Congrès, donne lecture des résultats financiers de la session de Strasbourg, en 1920. Les comptes de MM. Paul Courbon et Lalanne, secrétaires généraux de la xxiv[e] session, sont approuvés à l'unanimité par l'assemblée.

M. René Charpentier, secrétaire permanent du Congrès, expose ensuite la situation de la caisse de réserve du Congrès. Il montre qu'en dépit des difficultés actuelles, grâce à l'excellente gestion de ses prédé-

cesseurs, MM. Meige et Semelaigne, et des secrétaires généraux, il n'a pas été nécessaire de faire appel aux réserves.

A la date du 16 juillet 1921, l'avoir du Congrès, en dépôt chez MM. Masson et Cie, comprend :

390 fr. de rente 3 %, au cours du jour (56,70)	7.371 »
243 fr. — 4 % 1917 — (66,60)	4.045 »
	11.416 »
Espèces	2.792 12
Total	14.208 12
Il y a lieu d'ajouter à ce chiffre le solde créditeur de la session de Strasbourg, soit	192 15
Total général .	14.400 27

M. Trénel proteste contre l'abstention des asiles qui ne s'inscrivent pas comme membres adhérents de nos Congrès et qui ainsi se privent des rapports et comptes rendus qu'ils ont tout intérêt à posséder.

M. Meige, président, tout en se rangeant à cet avis, pense qu'il n'est pas opportun *d'obliger* les asiles à cette adhésion, mais plutôt de les leur *conseiller*, en les y invitant, au besoin, individuellement, chaque année.

M. Lalanne indique les efforts qui ont été faits jusqu'à présent dans ce sens.

M. Rondel promet la collaboration de l'Administration, sous forme de suggestions par circulaires ministérielles. Il indique l'intérêt qu'il y a à ce que : 1° un délégué, au moins, de chaque asile, assiste au Congrès ; 2° les bibliothèques s'enrichissent de tous les rapports et comptes rendus de session qui pourraient leur manquer.

M. Trénel veut que l'adhésion au Congrès soit le fait des *Bibliothèques médicales* et non des asiles eux-mêmes, afin que les rapports et comptes rendus figurent dans ces bibliothèques et ne soient pas enterrés au milieu des archives.

M. Glorieux, au nom des asiles belges, promet leur collaboration et leur adhésion générale.

A la suite de cette discussion, MM. Trénel et Rondel rédigent le vœu suivant qui est mis au voix :

Le Congrès :

Considérant l'intérêt qui s'attache, au point de vue des soins à donner aux malades, à ce que tous les établissements qui renferment des aliénés (asiles autonomes, asiles départementaux, quartiers d'hospices, asiles privés, etc.) possèdent dans leurs bibliothèques la documentation technique qui se trouve dans les comptes rendus imprimés des Congrès annuels des Médecins aliénistes et neurologistes de France et des pays de langue française; que la meilleure manière de se procurer ce compte rendu est l'adhésion préalable au Congrès, mais qu'il est également avantageux de pouvoir acquérir les comptes rendus des Congrès passés, et qu'il importe que chaque bibliothèque d'asile possède la série complète ;

Emet le Vœu :

1° Que le Comité permanent fasse la propagande qui convient à cet effet ;

2° Que M. le Ministre de l'Hygiène, de l'Assistance et de la Prévoyance sociales veuille bien seconder cette propagande près des divers établissements qui soignent des aliénés sur les fonds publics, par une circulaire spéciale de la Direction de l'Assistance et de l'Hygiène publiques, dont l'envoi serait demandé chaque année en temps utile.

Adopté à l'unanimité.

M. René Charpentier, secrétaire permanent, propose ensuite à l'Assemblée générale les modifications suivantes au règlement du Congrès :

a) La longueur que ne doit pas dépasser chaque rapport sera élevée de huit à seize pages ;

b) Le temps accordé à chaque auteur, inscrit préalablement à l'ouverture du Congrès, pour la discussion d'un rapport sera élevé de cinq à dix minutes ;

c) Le nombre de communications que pourra faire à chaque session le même auteur sera limité à trois, étant entendu que la troisième ne sera faite que si chaque auteur inscrit pour deux communications a pu les faire ;

d) Seules, les communications faites oralement, et par les auteurs eux-mêmes, pourront figurer dans le compte rendu imprimé de la session ;

e) Le renouvellement (années paires) de deux des membres du Comité permanent se fera, non plus par voie de tirage au sort, mais par ancienneté d'élection au Comité permanent.

Toutes ces propositions du Comité permanent sont votées à l'unanimité par l'Assemblée générale.

M. Meige, président, met ensuite aux voix les décisions concernant l'organisation de la prochaine session du Congrès. A l'unanimité, l'Assemblée générale décide que :

La xxvie session du *Congrès des Médecins aliénistes et neurologistes de France* et des pays de langue française se tiendra à *Quimper*, au mois d'août 1922.

Président : Professeur Jean Lépine, doyen de la Faculté de médecine de Lyon.

Vice-président : Docteur Henri Colin, médecin en chef de l'Asile de Villejuif.

Secrétaire général : Docteur Lagriffe, directeur-médecin en chef de l'Asile de Quimper.

Les questions suivantes ont été choisies par l'Assemblée générale du Congrès pour figurer à l'ordre du jour de la session de Quimper :

Psychiatrie : Les troubles mentaux dans l'encéphalite épidémique. *Rapporteurs :* MM. Truelle (de Paris) et Petit (de Bourges).

Neurologie : Les lésions du système nerveux central dans l'agitation motrice et la rigidité musculaire. *Rapporteur :* M. Anglade (de Bordeaux).

Assistance des aliénés : L'assistance des psychopathes. De la sauvegarde des droits de l'individu et de la société dans le traitement des maladies mentales. *Rapporteur :* M. Paul Courbon (de Strasbourg).

La XXVII[e] session se tiendra à *Besançon*, avec M. Colin, comme président, et M. Santenoise, comme secrétaire général.

M. Meige, président, annonce ensuite que M. Vallon donne sa démission de membre du Comité permanent (lettre de M. Vallon).

Il exprime les regrets de tous, et propose ensuite de nommer M. Semelaigne, ancien secrétaire permanent du Congrès, pour remplacer M. Vallon, comme membre du Comité permanent. Il en est ainsi décidé à l'unanimité par l'Assemblée générale.

Les membres du Comité permanent sont actuellement :

MM.

Anglade (de Bordeaux).
Antheaume (de Paris).
Klippel (de Paris).
Lalanne (de Nancy).
Long (de Genève).
Semelaigne (de Paris).

M. Vervaeck remercie, au nom de ses confrères belges, des élogieuses allusions faites aux excellentes réformes qui ont été effectuées en Belgique dans le service pénitentiaire et pour l'observation psychiatrique des prévenus. Il dit encore son attachement à la science psychiatrique française et renouvelle ses félicitations pour les remarquables rapports du Congrès qui ont été le point de départ d'une fructueuse discussion.

II. — Réceptions et Excursions.

Notre collègue et ami le docteur Courbon, dans une chronique fort humoristique, publiée dans les *Annales Médico-Psychologiques*, a traduit d'heureuse façon l'impression de féérie vécue par les Congressistes durant leur séjour dans le « pays de Cocagne de Luxembourg ». Pendant toute une semaine, une atmosphère de fête ne cessa de régner dans la coquette capitale, et il est vraiment regrettable que les restrictions, devenues nécessaires pour la publication du compte rendu, ne puissent pas nous permettre de relater en détail les particularités d'une série de brillantes réceptions et d'excursions parfaitement organisées par un Comité des Fêtes qui collabora si efficacement à la préparation et à la réussite du Congrès.

Cette session qui, par le nombre de ses adhérents (plus de 400) et l'importance de ses travaux, a pris les allures d'un grand Congrès international, avait pour nous, Français, ainsi que pour nos amis de Luxem-

bourg, un grand attrait patriotique en raison des conditions exceptionnelles qui l'entouraient. C'est, en effet, ce même Congrès qui devait se tenir dans la même ville le 1er août 1914, et qui fut brutalement empêché par l'explosion de la guerre et l'invasion du Grand-Duché par les Allemands qui s'étaient cependant engagés à en respecter la neutralité ! Aussi peut-on dire, avec le docteur Hartenberg, que la neutralité collective de cette session fut toute imprégnée par le souvenir des événements tragiques accomplis depuis cette date. Les Luxembourgeois et Français, ainsi que les nombreux Belges accourus en voisins, fraternisèrent dans le même sentiment d'allégresse pour la liberté rcconquise et la victoire de nos armes. Inoubliable, par sa chaleur et sa cordialité, fut l'accueil de tout ce peuple du Grand-Duché, que l'occupation germanique a eu pour effet d'orienter définitivement vers la pensée latine.

Le lundi 1er août, après la séance officielle d'ouverture. les congressistes visitèrent à loisir les belles collections du *Musée I.-P. Pescatore.* A la fin de l'après-midi, en sortant de la première séance de travail, où on avait entendu et discuté le rapport du docteur Logre, on se rendit en tramway aux hauts fourneaux *d'Eich* où on retrouva les dames, les jeunes filles et les jeunes gens qui avaient déjà pu apprécier la cordialité de l'accueil des « Dames Françaises à Luxembourg ». On put admirer l'installation somptueuse du laboratoire d'orientation professionnelle de *l'Institut Metz*, destiné à sélectionner scientifiquement et de façon ingénieuse, les meilleurs ouvriers (système Amar). Puis, goûter offert par l'Etablissement.

Le soir, dans le grand salon du Palais municipal, les autorités luxembourgeoises offraient aux congressistes une réception brillante au cours de laquelle se firent entendre d'abord l'excellent orchestre du Conservatoire et puis, sur la place d'Armes, la Musique du Corps des Volontaires luxembourgeois.

M. Diderich, bourgmestre de la ville, souhaita la bienvenue aux congressistcs dans les termes suivants qui provoquèrent de chaleureux applaudissements :

Mesdames,
Messieurs,

Au très vif plaisir que j'éprouve se joint le très grand honneur pour moi de pouvoir, au nom de la Ville de Luxembourg, saluer les membres de votre éminent Congrès pour leur souhaiter une très cordiale bienvenue dans les murs de notre capitale hospitalière.

En décidant de tenir vos assises à Luxembourg, vous n'avez fait que réaliser vos projets de 1914, tragiquement contrecarrés par les prodromes de la plus épouvantable rafale qui allait s'abattre sur le monde.

Malgré nous, notre regard se porte en arrière pour mesurer la distance parcourue.

Alors, c'était avec un pressentiment sinistre que nous avons vu approcher, puis déferler les flots de ces interminables colonnes pour, détournant la science de son vrai but, semer la haine, la destruction et la mort.

Et aujourd'hui, quelle épopée de gloire, de martyre et d'héroïsme sépare la date fatidique du 1er août 1914 de celle du 1er août 1921 !

Aujourd'hui, après la terrible épreuve, votre brillante phalange se lève, comme si rien ne s'était passé, pour continuer avec sérénité votre œuvre de science bienfaisante, confiante dans le progrès et l'avenir d'une humanité meilleure !

Il est des lois, messieurs, dans le monde moral aussi bien que dans le monde physique qu'on ne viole pas impunément !

Si, en août 1914, nos cœurs ont senti avec vous, la même palpitation d'indignation et de rage contre l'ennemi séculaire, le contempteur du droit qui commença la lutte frivole par la violation brutale de tous les traités, si trois jours plus tard retentit la fière réponse de notre amie commune, la Belgique, qui immédiatement, se jeta, à la suite de son roi chevaleresque, dans la mêlée pour défendre le patrimoine commun de la civilisation menacée, si peu à peu le même sentiment du droit meurtri entraîna une à une toutes les nations qui ne voulaient pas que la Force brutale fût la seule Loi du monde : c'est qu'il y a une autre Loi, celle de la Conscience humaine, celle d'un Idéal entrevu et qui va grandissant, la Foi dans le Bien, la Vérité, la Justice !

Certes, la lutte fut âpre, rude, tenace; mais à aucun moment on ne désespéra chez nous et ce n'est pas sans une légitime fierté que le petit Luxembourg peut rappeler l'exemple de ses 3.000 volontaires.

Ce fut le long calvaire des années douloureuses, années de souffrances, d'abnégation et de stoïcisme, mais aussi années de gloire immortelle et d'héroïsme surhumain pendant lesquelles nous voyons se dresser contre l'envahisseur les soldats de la Marne, de Verdun, de Liége et d'Ypres qui, conformément à l'ordre du maréchal Joffre, préféraient mourir que de céder un pouce de terrain et qui enfin ont abattu le colosse orgueilleux et lourd.

A cette victoire qui a libéré le monde, qui a rendu à la France ses provinces perdues, qui a entouré la Belgique d'une auréole de gloire et de noblesse, votre corporation, messieurs, a largement contribué.

Simplement, modestement, soit dans la zone du feu, soit à l'arrière, soit dans les hôpitaux, vous avez fait votre devoir et le nombre considérable de vos collègues morts sur le Champ d'honneur constitue la meilleure preuve du rôle de dévouement héroïque que vous vous étiez assigné.

Hélas ! messieurs, combien de vos confrères, s'apprêtant, frais et dispos en 1914, à boucler leurs malles pour apporter à votre réunion projetée le fruit de leur savoir et de leur expérience, manquent aujourd'hui au rendez-vous ?

Paix à leur noble mémoire et gloire à leur héroïsme immortel !

Mais à côté de ces deuils attristants qui ont éclairci vos rangs nous avons la joie réconfortante de voir des lacunes remplies, en partie du moins, par vos collègues d'Alsace et de la Lorraine rentrés dans la famille française et que je salue chaleureusement.

Les années qui se sont succédé ont durement mis à l'épreuve la résistance mentale, morale et physique de l'homme; que de blessures encore toutes béantes à panser et à guérir !

Vous n'avez pas tardé à appliquer encore les ressources de votre science à votre nouveau et vaste champ d'activité. Vous vous réunissez, vous mettez en commun vos savants trésors d'érudition et d'expérience et vous approfondissez avec un dévouement sans bornes de nouveaux moyens à rendre aux nerfs surmenés, au cerveau hanté, les conditions bienfaisantes pour rétablir l'équilibre si nécessaire et trop souvent rompu.

La Ville de Luxembourg est fière d'avoir été choisie par vous comme siège de vos travaux et heureuse de vous recevoir chez elle.

Elle peut ainsi vous témoigner l'amitié affectueuse et l'admiration profonde qui l'animent tant à votre égard qu'à celui des grands et glorieux pays dont vous êtes les représentants.

Fière de servir aux œuvres fécondes de la Paix, notre cité, jadis le rempart et l'orgueil du dieu Mars, vous présente ses sites pittoresques et ses environs verdoyants, tout à la fête, tout au soleil et elle dit : « Venez voir ! et revenez le plus souvent que vous pourrez. »

Que vos travaux soient couronnés d'une pleine réussite pour le bien général de l'humanité !

Le docteur H. Meige, en remerciant M. le Bourgmestre de Luxembourg du généreux accueil ménagé au Congrès, fit un éloge enthousiaste de Luxembourg, du Grand-Duché et de ses habitants.

Monsieur le Bourgmestre,
Messieurs les Echevins,
Mesdames, Messieurs,

Je vous remercie de vos souhaits de bienvenue et du généreux accueil ménagé à notre Congrès.

Depuis que nous avons mis le pied dans votre aimable pays, nous marchons de prévenance en prévenance, de gracieuseté en gracieuseté.

Vous avez paré votre ville comme aux plus grands jours de fête, vous mettez à notre disposition vos plus belles demeures, vous ne savez qu'imaginer pour charmer nos yeux et nos oreilles.

Et pourtant Luxembourg peut se passer d'apprêts.

On voit bien qu'une fée a présidé à sa naissance.

Car il est notoire que la fée Mélusine elle-même a découpé le roc formidable qui sert d'assise à votre cité, et, pour en adoucir l'âpreté, elle a semé sur ses flancs de vertes frondaisons, elle a fait chanter à ses pieds les eaux capricieuses de l'Alzette et de la Pétrusse.

Dans ce site, un des plus pittoresques qui soient, Luxembourg s'érige avec la majesté de Tolède, avec moins de morgue cependant; elle évoque aussi Constantine, et il y a longtemps qu'on l'a comparée à Gibraltar.

Même si l'on ignorait l'histoire, on pourrait deviner, en parcourant vos vieux quartiers, que l'Espagnol a fait escale ici, que l'Autrichien, le Hollandais y furent de passage. Le Français aussi s'y montra plusieurs fois, mais il n'a guère laissé que des souvenirs belliqueux qu'il vaut mieux taire. Cependant, c'est à nos villes du Nord que Luxembourg paraît surtout apparenté.

Mais ce qui est bien autochtone, ce que n'ont pu altérer les occupations successives, c'est la placidité avenante, l'amabilité familiale des choses et des gens, qui, d'emblée, invitent à la sympathie.

Vous avez, d'ailleurs, tout ce que peut ambitionner une capitale : de belles avenues, des places ombragées, des parcs fleuris, maints édifices, et un pont unique au monde. De l'emplacement de votre citadelle, vous apercevez à vos pieds, l'activité laborieuse d'une foule d'industries, et au delà les cimes verdoyantes de vos collines, avec les créneaux de plusieurs donjons.

En vérité, Luxembourg est une délicieuse synthèse du passé et du présent, et ses charmes sont si variés qu'à peine l'a-t-on quitté, on éprouve l'envie d'y revenir.

Vous avez tant ajouté à ces attraits naturels que notre ravissement risque d'être terni par un peu de confusion.

Mais devant un tel accueil, une seule impression prédomine ; c'est la joie de sentir que nos cœurs, avec les vôtres, battent à l'unisson.

Le **mardi** matin, 2 août, après la deuxième séance de travail (rapport du docteur Béhague), champagne-apéritif offert par la maison Mercier, aprés visite des immenses caves de son établissement.

L'après-midi, après une séance de communications avec projections cinématographiques aussi artistiques que scientifiques, au laboratoire bactériologique, on visita la chapelle Saint-Quirin et ensuite les casemates du « Bouc », avec une promenade sur la Corniche.

En même temps, les dames congressistes étaient invitées, à l'Hôtel Métropole, à un thé offert par les « Dames Françaises de la Croix-Rouge » et reçues de la façon la plus cordiale par Mmes Mollard, Reuter, de Colnet d'Huart, Wenger, etc...

Aprés le dîner, eut lieu, dans les salons du Casino, la réception offerte par M. Mollard, Ministre de France. M. et Mme Simon et M. Duparloir, professeurs au Conservatoire de Musique de Luxembourg, se firent entendre et applaudir. Des projections variées, des films du Congrès datant de la veille et aussi ceux de la procession dansante d'Echternach eurent un succès tout particulier. Enfin, il y eut une remise réciproque de décorations aux membres du bureau du Congrés : le docteur Forman reçut la rosette et le docteur Buffet le ruban de la Légion d'Honneur, tandis que les docteurs Meige et Lépine furent nommés officiers, et le docteur Lalanne, chcvalier de l'Ordre de la Couronne de Chêne de Luxembourg.

Le **Mercredi** matin, départ pour l'asile d'Ettelbrück. Là, après la discussion du rapport du docteur Porot, on visita l'asile, « gracieux et réconfortant », constitué par une série de villas enguirlandées de feuillage et de roses. A midi, dans la salle d'honneur de l'établissement, eut lieu le déjeuner offert par le Gouvernement du Grand-Duché, auquel assistaient MM. Reuter, ministre d'Etat, et Lefort, conseiller d'Etat. Aprés des discours fort appréciés de MM. Buffet, Meige et Glorieux, que nous regrettons de ne pouvoir reproduire, on se hâta de rejoindre la gare pour se rendrc à quelques kilomètres de là, au château grand-ducal de *Colmar-Berg*, où la Grande-Duchesse tint à honorer les congressistes en les conviant à une garden-party des plus réussies. Comme le dit Courbon, « sous un délicieux berceau de verdure, en croquant des choses savoureuses et en vidant des coupes glacées, on put admirer que, comme dans les contes de Perrault, le peuple des Bons Génies luxembourgeois a pour souveraine une princesse de la plus gracieuse jeunesse. »

Le soir, dans les salles du Casino, eut lieu la réception offerte par le président et les membres du Congrès avec concert-terrasse offert par le Conseil d'administration du Casino. La soirée fut très animée et se termina par une sauterie pleine d'entrain.

La journée du **jeudi** 4 août fut consacrée à une excursion en automobile à travers le Grand-Duché, sur un circuit minutieusement réglé, dans d'excellcntes voitures prêtées et pour la plupart pilotées par leurs propriétaires luxembourgeois. On gagna d'abord Larochette par la forêt de

Grunewald, puis Diekirch et Vianden. Après un arrêt d'une heure pour la visite des ruines du château et de la chapelle du Bildchen, on remonta la vallée de l'Our, puis on atteignit Clervaux où eut lieu le déjeuner offert par la Municipalité de la ville de Luxembourg. A la fin du repas, M. Faber, notaire, et M. Diderich, bourgmestre de Luxembourg, prirent la parole ; puis le docteur Meige remercia, dans des termes tout particulièrement heureux, à la fois les généreux promoteurs et les organisatenrs de toutes les fêtes du Luxembourg, couronnées par cette magnifique randonnée à travers les pittoresques décors du Grand-Duché. Le retour s'eflectua sans incidents, par Wilwerwiltz, Wiltz, Esch-le-Trou, Ettelbrück et Mersch.

Le soir, sur la place d'Armes, un concert fut donné en l'honneur des congressistes, d'abord par la Musique militaire et puis par la Fanfare Royale Grand-Ducale du Grund et par l'Orphéon de Luxembourg.

Le **vendredi** matin, avait lieu l'Assemblée générale du Congrès. L'après-midi, on se rendit, par train spécial, à la coquette station thermale de *Mondorf-les-Bains*. M. de Waha, directeur général de l'Agriculture, souhaita la bienvenue, puis le docteur Welter fit les honneurs de l'établissement. Après une longue séance de communications, un lunch offert par le Gouvernement et une allocution finale du docteur Meige, les congressistes assistèrent à une représentation des *Romanesques*, organisée par M. le professeur Simon et ses collaborateurs. Le retour s'effectua aussi par train spécial.

Le lendemain matin, **samedi** 6 août, on quitta cette terre hospitalière de Luxembourg pour se rendre à Metz. Là, à 10 heures, à l'Hôtel de Ville, la bienvenue fut souhaitée aux congressistes par M. Winsback, maire de Metz et, après lui, par M. Feschotte, chef de cabinet de M. le Préfet de la Moselle ; le docteur Meige prononça à son tour un dernier discours.

L'après-midi, après une séance de communications présidée successivement par MM. Buffet, Glorieux et Bing, eut lieu la clôture de la xxve session du Congrès.

Le **dimanche** 7 août, une excursion en auto-car permit de parcourir les champs de bataille de Verdun, sous la conduite du commandant Anirépoque, mis fort gracieusement à la disposition des congressistes par M. le Gouverneur de Verdun. Dans la matinée, après un arrêt à Étain, on gagna le fort de Tavannes, on visita le fort de Vaux, on traversa l'emplacement où était le village de Fleury (où il ne reste qu'un cimetière), on entendit la messe à l'ossuaire de Douaumont et, après avoir vu le monument de la « tranchée des baïonnettes », on gagna Montfaucon. Après le déjeuner dans une baraque Adrian, à côté de l'ancien repaire du Kronprinz, on rentra en passant par les ruines informes de Malancourt, de la cote 304, d'Esnes et, après avoir visité la ville et la citadelle de Verdun, on regagna Metz, après une journée fatigante, mais inoubliable.

Le **lundi**, une trentaine de congressistes partit pour une excursion en Rhénanie avec descente du Rhin en bateau jusqu'à Cologne.

Pour terminer, nous rappellerons que les congressistes ont fait parvenir, par l'intermédiaire de M. Mollard, ministre de France, une somme de 2.000 francs au Comité pour le « monument du Souvenir », qui doit être érigé en l'honneur des volontaires luxembourgeois morts au cours de la grande guerre. Enfin, nous croyons devoir reproduire les paroles par lesquelles M. le bourgmestre Diderich fit connaître à la population luxembourgeoise les remerciements des congressistes :

« Dans une lettre empreinte d'une touchante cordialité, M. le docteur Meige, président français du Congrès de Luxembourg, a bien voulu, à nouveau, nous exprimer de Paris, en son nom et en celui de tous ses collègues ayant pris part au Congrès des Médecins aliénistes et neurologistes de France et des pays de langue française, « leur plus profonde « gratitude pour l'accueil inoubliable qui leur a été ménagé à Luxembourg « et dans tout le Grand-Duché. »

« Aussi, nous demande-t-il d'être, auprès des habitants de la ville de Luxembourg, l'interprète de leurs sentiments de sympathique reconnaissance.

« C'est avec une bien vive satisfaction que nous nous acquittons de cette agréable mission en joignant à ces remerciements l'expression de la gratitude de l'Administration communale.

« En concourant d'émulation pour recevoir dignement nos distingués hôtes et pour leur rendre le séjour agréable chez nous, la population de Luxembourg a contribué à faire mieux connaître et aimer davantage notre petite patrie à l'étranger. »

TABLE DES MATIÈRES

Imprimerie Lorraine, RIGOT & Cie, Nancy

